Missionsärztliche Klinik Würzburg

STATISTISCHE ERHEBUNG ÜBER DAS INTERNE PATIENTENGUT DER MISSIONSÄRZTLICHEN KLINIK WÜRZBURG

Inaugural - Dissertation

verfaßt und der Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Thomas Schmid
aus Tann/Ndb.

Würzburg, 25. Mai 1982

Missionsärztliche Klinik Würzburg

STATISTISCHE ERHEBUNG ÜBER DAS INTERNE PATIENTENGUT DER MISSIONSÄRZTLICHEN KLINIK WÜRZBURG

Inaugural - Dissertation

verfaßt und der Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur

Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Thomas Schmid

aus Tann/Ndb.

Würzburg, 25. Mai 1982

Referent : Prof. Dr. med. W. Strik

Korreferent : Prof. Dr. med. H. Franke

Dekan : Prof. Dr. med. K.-A. Bushe

Tag der mündlichen Prüfung : 22.7.1982

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der

Universität Würzburg

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
A.	Einleitung und Fragestellung	1
B.	Methodik	2
C.	Ergebnisse	3
1.	Überblick über das Patientengut der Inneren Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg	3
1.1.	Alters- und Geschlechtsverteilung	3
1.2.	Größen- und Gewichtsverteilung	6
1.2.1.	Größenverteilung	6
1.2.2.	Gewichtsverteilung	7
1.3.	Verteilung der RR-Werte unter Berücksichtigung der Geschlechter	8
1.3.1.	Systolische RR-Wertverteilung	8
1.3.2.	Diastolische RR-Wertverteilung	8
1.4.	Verteilung der Aufnahme auf die Monate während des Behandlungszeitraumes	12
1.5.	Aufnahmehäufigkeit unter Berücksichtigung der Geschlechter	13
1.6.	Verweildauer unter Berücksichtigung der Geschlechter bei stationären Patienten	15
1.7.	Therapieerfolg	18
2.	Vergleich der Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt	19
2.1.	Geschlechtsverteilung	19
2.2.	Altersverteilung	20
2.2.1.	Altersverteilung unter Berücksichtigung der Geschlechter	22

Seite

2.2.1.1.	Altersverteilung bei Herzinsuffizienz	22
2.2.1.2.	Altersverteilung bei Hypertonie	22
2.2.1.3.	Altersverteilung bei Diabetes	25
2.2.1.4.	Altersverteilung bei Herzinfarkt	25
2.3.	Blutdruckverteilung bei Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt	28
2.3.1.	Verteilung der systolischen RR-Werte	28
2.3.1.1.	bei Herzinsuffizienz	30
2.3.1.2.	bei Hypertonie	31
2.3.1.3.	bei Diabetes	32
2.3.1.4.	bei Herzinfarkt	33
2.3.2.	Verteilung der diastolischen RR-Werte	34
2.3.2.1.	bei Herzinsuffizienz	34
2.3.2.2.	bei Hypertonie	36
2.3.2.3.	bei Diabetes	37
2.3.2.4.	bei Herzinfarkt	38
2.4.	Vergleich der Aufnahmehäufigkeit bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt	39
2.5.	Vergleich der Verweildauer bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt	41
2.6.	Therapieerfolge bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt	41
3.	Diagnosen und diagnostische Maßnahmen	44
3.1.	Verteilung der Diagnosenzahl auf die Geschlechter und Altersgruppen	44
3.1.1.	Verteilung auf die Geschlechter	44
3.1.2.	Verteilung auf die Altersgruppen	46
3.2.	Darstellung der Häufigkeit der einzelnen Diagnosen	46

		Seite
3.2.1.	Darstellung in Gruppen	46
3.2.2.	Auflistung der Einzeldiagnosen innerhalb ihrer Gruppen	51
3.3.	Darstellung der Häufigkeit der diagnostischen Maßnahmen	63
3.3.1.	Darstellung in Gruppen	63
3.3.2.	Auflistung innerhalb der Gruppen	65
D.	Diskussion	69
E.	Zusammenfassung	75
F.	Literaturverzeichnis	77

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543526_0008

A. EINLEITUNG UND FRAGESTELLUNG

Die Missionsärztliche Klinik Würzburg ist eine Privatklinik mit 288 Betten. 94 (32,64 %) Betten fallen auf die Innere Abteilung, der Rest verteilt sich auf die Fachgebiete Chirurgie (94 = 32,64 %), Gynäkologie und Geburtshilfe (50 = 17,36 %) sowie Urologie (50 = 17,36 %).

Untersucht wird anhand der Durchschläge von Arztbriefen über den Zeitraum eines Jahres vom 1.3.1979 - 29.2.1980 das stationäre und ambulante Patientengut der Inneren Abteilung. Die Arbeit teilt sich dazu in drei Abschnitte. Der erste Abschnitt gibt einen allgemeinen Überblick des Patientengutes, wobei auf die Alters-, Geschlechts-, Größen-, Gewichts-, RR-Verteilung, die Aufnahmehäufigkeit, Gesamtverweildauer und den Therapieerfolg während des Untersuchungszeitraumes eingegangen wird.

Der zweite Abschnitt vergleicht die Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt hinsichtlich ihres Alters, Geschlechtes und Blutdruckes sowie der Aufnahmehäufigkeit der einzelnen Patienten mit diesen Erkrankungen ambulant und stationär, ihrer stationären Gesamtverweildauer und des Therapieerfolges. Der dritte Abschnitt gibt einen Überblick über die während des Untersuchungszeitraumes gestellten Diagnosen und durchgeführten oder veranlaßten diagnostischen Maßnahmen. Die einzelnen Diagnosen und diagnostischen Maßnahmen wurden zunächst in Gruppen zusammengefaßt und ihrer Häufigkeit nach rein quantitativ aufgelistet. Die einzelnen Gruppen wurden dann anschließend auf die rein zahlenmäßigen Anteile der zugehörigen Einzeldiagnosen bzw. einzelnen diagnostischen Maßnahmen hin untersucht.

B. METHODIK

Als Informationsquellen dieser Arbeit dienen die Durchschläge von Arztbriefen, die nach abgeschlossener stationärer oder ambulanter Behandlung im Zeitraum vom 1.3.1979 - 29.2.1980 verfaßt wurden. Über die Durchschläge dieser Arztbriefe ließen sich 1.618 Patienten ermitteln, wobei in der Auswertung berücksichtigt wird ob diese ein- oder mehrmals stationär aufgenommen oder ambulant gesehen wurden. Es muß aufgrund der Informationsunterlage davon ausgegangen werden, daß so die stationären Patienten großteils erfaßt werden konnten, von den ambulanten jedoch anzunehmend nur jeder zweite oder dritte Patient, da nicht bei jedem ambulanten Patienten ein Arztbrief diktiert wurde.

Aus den Arztbriefen wurden folgende Kriterien entnommen : Geschlecht, Alter, Größe, Gewicht, RR-systolisch und diastolisch, Aufnahmemonat, Behandlungsart und Therapieerfolg. Die Aufnahmehäufigkeit und die Gesamtverweildauer wurden aus den Briefen errechnet, sodann die bei den einzelnen Patienten im Untersuchungszeitraum gestellten Diagnosen und die von der Inneren Abteilung durchgeführten oder veranlaßten diagnostischen Maßnahmen über den Untersuchungszeitraum aufgelistet.
Die so erhaltenen Daten wurden dann verschlüsselt in für diese Arbeit stilisierte Computerbögen eingetragen. Dabei mußten aufgrund der Datenfülle pro Patient zwei Computerbögen angelegt werden. Zur Verschlüsselung der klinischen Diagnosen diente der Diagnosenschlüssel der Medizinischen Universitätspoliklinik in Würzburg, der in einzelnen Fällen nach dem klinischen Diagnoseschlüssel (KDS) von H. Immich ergänzt werden mußte. Die Auswertung erfolgte nach Erstellung geeigneter Programme unter Anleitung von Herrn Georg Höcker in der EDV des Kopfklinikums Würzburg.

C. ERGEBNIS

1. Überblick über das Patientengut der Inneren Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg

Über die Durchschläge der Arztbriefe konnten ambulant und stationär 1.618 (100 %) Patienten erfaßt werden. Davon waren 1.062 (65,6 %) stationär und 556 (34,4 %) ambulant. Insgesamt wurden 821 (50,7 %) Männer und 797 (49,3 %) Frauen stationär behandelt oder ambulant betreut.

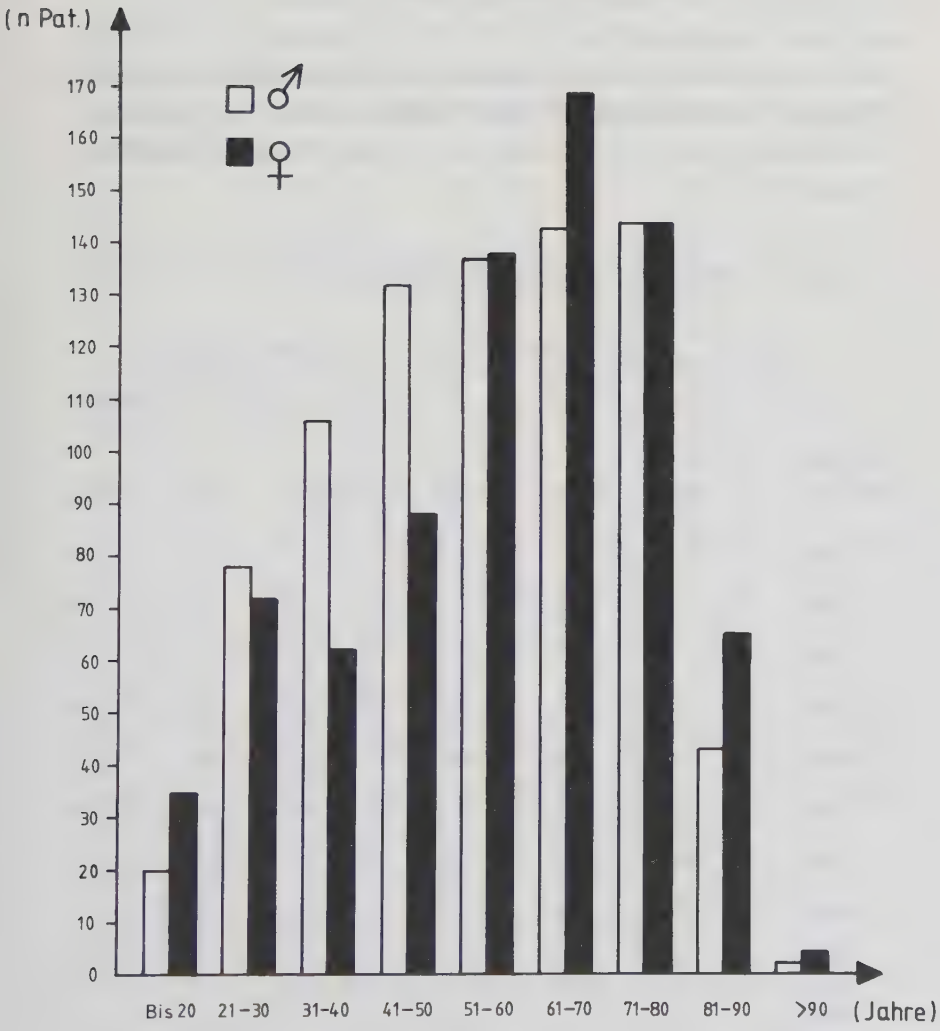
1.1. Altersverteilung unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 1 und Abbildung 1)

Bei 1.582 Patienten (97,8 %) war aufgrund des Geburtsdatums eine Altersangabe möglich.
Die meisten der erfaßten Patienten waren 51 - 80 Jahre alt bei gleichmäßiger Geschlechtsverteilung. Bei den 21 - 50jährigen überwiegen die Männer um 20 %. In der Gruppe der bis 20jährigen stellen die Frauen 63 %.

Tabelle 1 : Altersverteilung unter Berücksichtigung der Geschlechter

Alter in Jahren		bis 20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90	SA
Basis	n	55	150	168	220	275	312	288	108	6	1582
	%	3,4	9,3	10,4	13,6	17,0	19,3	17,8	6,7	0,4	97,8
männlich	n	20	78	106	132	137	143	144	43	2	805
	%	36,4	52,0	63,1	60,0	49,8	45,8	50,0	39,8		50,9
weiblich	n	55	72	62	88	138	169	144	65	4	777
	%	63,6	48,0	36,9	40,0	50,2	54,2	50,0	60,2		49,1

Abbildung 1 : Darstellung der Altersverteilung unter Berücksichtigung der Geschlechter



1.2. Größen- und Gewichtsverteilung unter Berücksichtigung der Geschlechter

1.2.1. Größenverteilung (Tabelle 2)

Die Körpergröße war bei 752 Patienten (46,5 %) angegeben. Davon waren 389 (51,7 %) Männer und 363 (48,3 %) Frauen. Bis zu einer Größe von 160 cm überwiegen die Frauen um ca. 3 %, ab 170 cm die Männer um knapp 5 %.

Tabelle 2 : Größenverteilung männlich und weiblich

	männlich		weiblich		Gesamt	
	n	%	n	%	n	%
Größe in cm	821	50,7	797	49,3	1618	100
100	-	-	-	-	-	-
- 120	2	0,2	-	-	2	0,1
- 130	-	-	1	0,1	1	0,1
- 140	3	0,4	13	1,6	16	1,0
- 150	6	0,7	136	17,1	142	8,8
- 160	111	13,5	174	21,8	285	17,6
- 170	188	22,9	37	4,6	225	13,9
- 180	73	8,9	1	0,1	74	4,6
- 190	6	0,6	-	-	6	0,4
190	-	-	-	-	-	-

1.2.2. Gewichtsverteilung (Tabelle 3)

Gewichtsangaben wurden bei 829 (51,2 %) Patienten gemacht. Davon waren 418 (50,9 %) Männer und 411 (49,1 %) Frauen. 425 Patienten (26,3 % des Gesamtkontingentes, real 51,3 % der gewichtsmäßig erfaßten) wogen 60 bis einschließlich 70 kg. Ein Körpergewicht von bis zu 40 kg wiesen lediglich 40 Frauen und 7 Männer auf. Von den bis 100 kg schweren waren 23 Männer und 12 Frauen.

Tabelle 3 : Gewichtsverteilung männlich und weiblich

	männlich		weiblich		Gesamt	
Gewicht in kg	n	%	n	%	n	%
- 40	7	0,9	40	5,0	47	2,9
- 50	26	3,2	141	17,7	167	10,3
- 60	96	11,7	109	13,7	205	12,7
- 70	144	17,5	76	9,5	220	13,6
- 80	88	10,7	21	2,6	109	6,7
- 90	34	4,1	12	1,5	46	2,8
- 100	23	2,8	12	1,5	35	2,2

1.3. Verteilung der RR-Werte unter Berücksichtigung der Geschlechter

1.3.1. Systolische RR-Wertverteilung (Tabelle 4, Abb. 2)

Der systolische RR-Wert war bei 76 %, das sind 1230 der Patienten, angegeben, davon waren 612 (49,8 %) Männer und 618 (50,2 %) Frauen. Im systolisch hypertonen Bereich wird ein Überwiegen des weiblichen Geschlechts deutlich. Bei RR-Werten > 170 mmHg systolisch, die bei 156 Patienten gemessen wurden, beträgt der weibliche Anteil 60,3 %, der männliche 39,7 %. Die meisten Patienten sind mit systolischen RR-Werten zwischen 120 mmHg und 150 mmHg Normotoniker. Deutlich hypoton (systolischer RR-Wert < 100) waren 22 Patienten, das sind 1,4 % des Gesamtkollektivs, wobei der männliche Anteil mit 54,5 % gegenüber dem weiblichen mit 45,5 % überwiegt.

1.3.2. Diastolische RR-Wertverteilung (Tabelle 5, Abb. 3)

RR-diastolisch war bei 76 %, das sind 1230 Patienten, angegeben, davon waren 612 (49,6 %) Männer und 618 (50,4 %) Frauen. Diastolisch hyperton (< 100 mmHg) sind 40 Patienten bei gleichmäßiger Geschlechtsverteilung. Bei diastolischen Werten von 110 mmHg finden wir eine deutliche Diskrepanz zwischen dem männlichen und weiblichen Geschlecht. Hier waren von 53 erfaßten 69,8 % Männer und 30,2 % Frauen. Der Hauptanteil (962 Patienten) darf mit diastolischen RR-Werten zwischen 50 mmHg und 100 mmHg als normoton betrachtet werden. In 6 Fällen zeigten sich Werte von 40 mmHg und darunter. Dies entspricht 0,4 %.

Tabelle 4 : RR-systolisch unter Berücksichtigung der Geschlechter

RR syst.	mm Hg	< 100	100	110	120	130	140	150	160	170	> 170	SA
Basis	n	22	39	103	172	200	212	155	98	73	156	1230
	%	1,4	2,4	6,4	10,6	12,4	13,1	9,6	6,1	4,5	9,6	76,0
männlich	n	12	20	46	86	106	119	73	53	35	62	612
	%	54,5	51,3	44,7	50,0	53,0	56,1	47,1	54,1	47,9	39,7	49,8
weiblich	n	10	19	57	86	94	93	82	45	38	94	618
	%	45,5	48,7	55,3	50,0	47,0	43,9	52,9	45,9	52,1	60,3	50,0

Tabelle 5 : RR-diastolisch unter Berücksichtigung der Geschlechter

RR diast.	mmHg	< 40	40	50	60	70	80	90	100	110	>110	Sa
Basis	n	1	5	18	97	201	354	292	169	53	40	1230
	%	0,1	0,3	1,1	6,0	12,4	21,9	18,0	10,4	3,3	2,5	76,0
männlich	n	1	1	7	50	93	153	154	97	37	19	612
	%	100	20,0	38,9	51,5	45,3	43,2	52,7	57,4	69,8	47,5	49,8
weiblich	n	-	4	11	47	108	201	138	72	16	21	618
	%	-	80,0	61,1	48,5	50,7	56,8	47,3	42,6	30,2	52,5	50,2

Abb. 2 : Systolische RR-Wertverteilung nach Geschlechtern

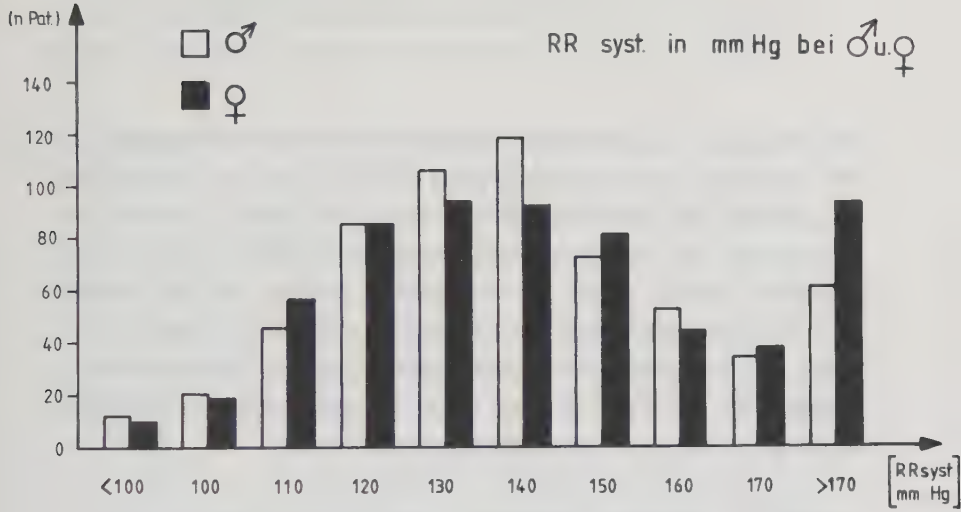
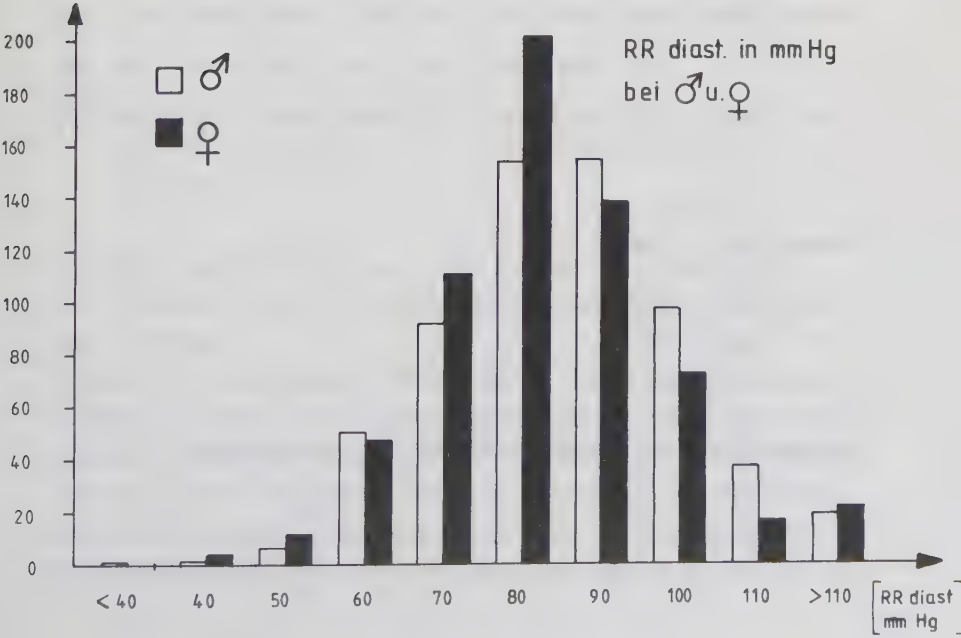


Abb. 3 : Diastolische RR-Wertverteilung nach Geschlechtern



1.4. Verteilung der Aufnahmen auf die Monate während des Behandlungszeitraumes (Tabelle 6, Abb. 4)

Die Monate mit den häufigsten stationären Aufnahmen und ambulanten Versorgungen waren der Januar mit 170 (10,5 %) und der Februar mit 171 (10,6 %) der Patienten. Im Mai konnten 162 (10,0 %) Patienten erfaßt werden. Von den Herbstmonaten zeigt der Oktober mit 130 (8,0 %) Fällen den größten Anteil. Am schwächsten schnitten der Juni mit 99 (6,1 %) und der September mit 104 (6,4 %) Fällen ab. Zwischen 7,4 % und 8,9 % Schwankungsbreite liegt der Patientenanteil der restlichen Monate. Bei 1,2 % der Erfaßten fehlte eine Monatsangabe bezüglich der stationären Aufnahme oder ambulanten Einweisung.

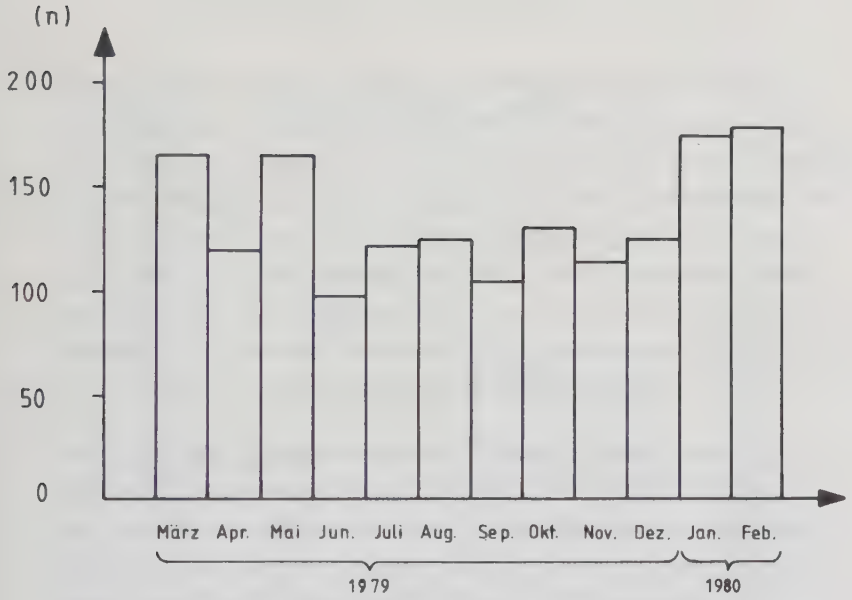
Tabelle 6 : Anzahl der stationären Aufnahmen und ambulanten Einweisungen pro Monat über ein Jahr vom 1. März 1979 - 29. Februar 1980 (Prozentangaben bezogen auf 1618)

	- 1979 -									
Monat	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
n	144	124	162	99	124	125	104	130	119	126
%	8,9	7,7	10,0	6,1	7,7	7,7	6,4	8,0	7,4	7,8

	- 1980 -	
Monat	Jan.	Febr.
n	170	171
%	10,5	10,6

(Monatsangaben bei insgesamt 1598 (98,8 %) der Patienten.)

Abb. 4 : Darstellung der pro Monat stationär aufgenommenen und ambulant vorgestellten Patienten



1.5. Aufnahmehäufigkeit bei ambulanten und stationären Patienten unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 7)

1250 Patienten (77,3 %) wurden einmal gesehen. Davon waren 619 (49,5 %) Männer und 631 (50,5 %) Frauen, wobei ambulante und stationäre erfaßt sind.

169 (10,4 %) entsprechend 97 Männer und 72 Frauen wurden zweimal vorstellig. 3,4 und 5 mal aufgenommen oder ambulant versorgt wurden zusammen 4,7 %, das entspricht einem Durchschnitt in diesem Bereich von 1,2 %. Eine 7 bis 9 malige und öftere Behandlung oder Vorstellung kam nur bei Frauen vor. Die Möglichkeit einer Bestimmung der Aufnahmehäufigkeit bestand bei 1505 (93 %), davon 752 Männer und 753 Frauen.

Tabelle 7 : Aufnahmehäufigkeit unter Berücksichtigung der Geschlechter
(Prozentangaben bezogen auf 1618)

Aufnahme-häufigkeit	n	1	2	3	4	5	6	7	8	9	9	SA
Basis	n	1250	169	37	20	16	3	2	4	2	2	1505
	%	77,3	10,4	2,3	1,2	1,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	93,0
Männlich	n	619	97	20	7	7	2	-	-	-	-	752
	%	49	57	54	35	44	-	-	-	-	-	50,0
Weiblich	n	631	72	17	13	9	1	2	4	2	2	753
	%	51	42	46	65	56	-	-	-	-	-	50,0

Die Prozentzahlen in den senkrechten Spalten beziehen sich auf die der jeweiligen Spalte zugehörigen Basis.

1.6. Verweildauer in Abschnitten von 10 Tagen von 1 - 99 Tage unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 8, Abb. 5)

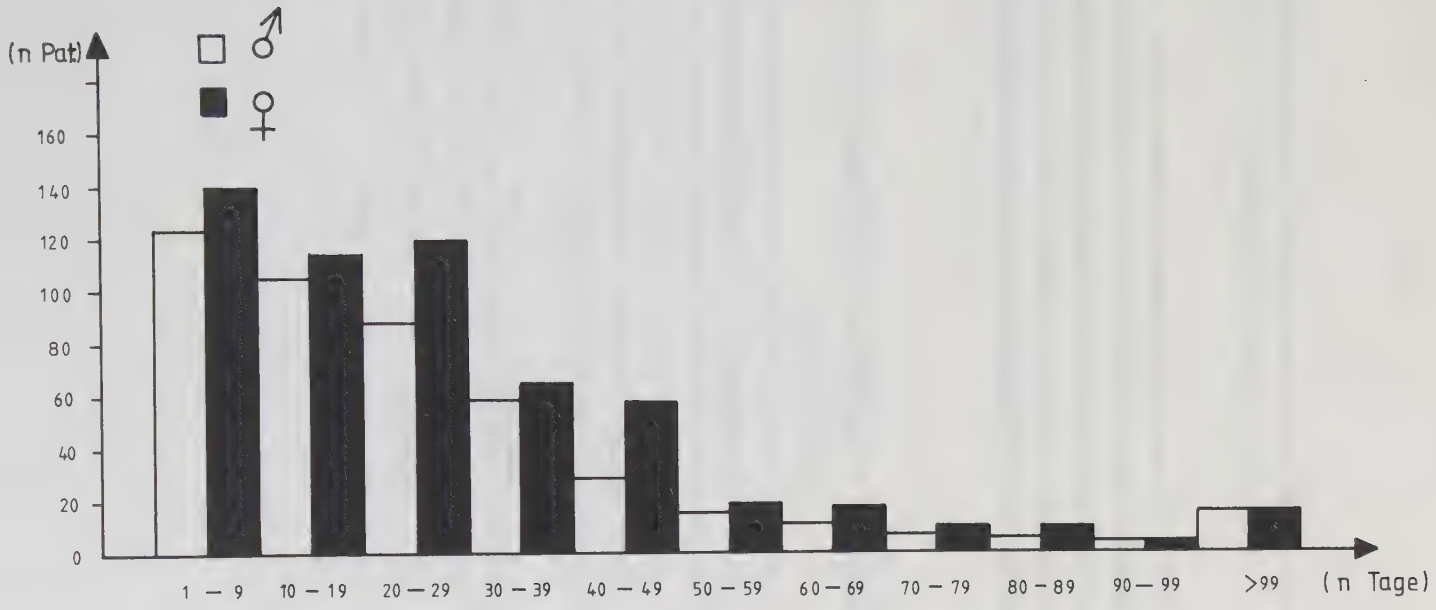
Die Gesamtverweildauer über den Untersuchungszeitraum ließ sich bei 1042 (64,4 % des Gesamtkollektivs) der 1058 stationären Patienten errechnen. Diese teilen sich in 467 Männer (56,9 % aller Männer) und 575 Frauen (72,1 % aller Frauen). Unter einer Verweildauer von 1 - 9 Tagen finden sich 264 Patienten (124 Männer und 140 Frauen). Bis zu 99 Tagen Klinikaufenthalt nimmt die Patientenzahl kontinuierlich ab, pro 10 Tage Liegedauer um ca. 1,6 %. Zwischen einem Aufenthalt von 20 bis 29 Tagen mit 13,0 % Patientenanteil und 30 bis 39 Tagen mit 7,7 % Anteil steht ein deutlicher Einschnitt.

Länger als 99 Tage lagen insgesamt 2 % der Patienten unter gleichmäßiger Geschlechtsverteilung. Der weibliche Anteil der stationären Patienten überwiegt bis zum 89. Tag in jeder Gruppe gegenüber der männlichen. Am deutlichsten zeigt sich dies bei einer Verweildauer von 20 bis 29 Tagen, wo 100 Frauen 89 Männern gegenüberstehen. Der zahlenmäßige Unterschied zwischen Männern und Frauen ist am geringsten bei Verweildauern von 50 bis 59 und 70 bis 79 Tagen.

Tabelle 8 : Verweildauer unter Berücksichtigung der Geschlechter

Verweil-dauer	Tage	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99	> 99	SA
Basis	n	264	221	209	124	87	35	29	17	16	8	32	1042
	%	16,3	13,6	13,0	7,7	5,4	2,2	1,8	1,1	1,0	0,5	2,0	64,4
männl.	n	124	106	89	59	29	16	11	7	6	4	16	467
	%	26,6	22,7	19,0	12,6	6,3	3,4	2,3	1,5	1,3	0,9	3,4	100
weibl.	n	140	115	120	65	58	19	18	10	10	4	16	575
	%	24,3	20,0	21,0	11,3	10,1	3,3	3,1	1,7	1,7	0,7	2,8	100

Abb. 5 : Darstellung der Gesamtverweildauer bei Männern und Frauen während des Untersuchungsjahres



1.7. Therapieerfolg bei stationär aufgenommenen Patienten (Tabelle 9)

772 (73,0 %) konnten als gebessert entlassen werden, 11 (1,0 %) hatten sich während des Untersuchungszeitraumes verschlechtert. Bei 7,7 % der stationär aufgenommenen konnte keine Besserung erzielt werden. Als geheilt entlassen wurden 40 (3,8 %). 154 Patienten, das sind 14,5 %, starben während des Behandlungszeitraumes.

Tabelle 9 : Therapieerfolge bei stationären Patienten (1058 = 100 %)

Beurteilung	Anzahl der Patienten	
	n	%
geheilt	40	3,0
gebessert	772	73,0
unverändert	81	7,7
verschlechtert	11	1,0
verstorben	154	14,5
SA	1058	100

2. Vergleich der Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt

Im zweiten Teil der Arbeit erfolgt ein Vergleich der Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus und Herzinfarkt bezüglich der Geschlechtsverteilung, des Alters und der RR-Verteilung unter Berücksichtigung des Geschlechtes, der Verweildauer und des Therapieerfolges.

2.1. Geschlechtsverteilung (Tabelle 10)

Die Diagnose Herzinsuffizienz wurde in 405 (25 %) Fällen gezählt, davon bei 178 Männern und 227 Frauen. 202 Hypertoniker, entsprechend 12,5 % aller Patienten, ließen sich ermitteln (92 Männer, 110 Frauen). Bei den Diabetikern waren von 257 (15,9 %) 107 Männer und 150 Frauen. Die Infarktpatienten, insgesamt 65 (4,0 %) zeigen mit 45 Männern ein deutliches Übergewicht gegenüber den Frauen mit 20 Fällen.

Die Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie und Diabetes wurden bei Frauen um durchschnittlich 5,6 % mehr gestellt. Herzinfarkte erlitten dagegen 38,6 % mehr Männer als Frauen.

Tabelle 10 : Häufigkeit von Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus und Herzinfarkt (Prozentzahlen der Basis beziehen sich auf das Gesamtkontingent von 1618 Patienten = 100 %)

		Herzinsuff.	Hypertonie	Diabetes	Infarkt
Basis	n	405	202	257	65
	%	25,0	12,5	15,9	4,0
männl.	n	178	92	107	45
	%	44,0	45,5	41,6	69,2
weibl.	n	227	110	150	20
	%	56,0	54,5	58,4	30,8

2.2. Altersverteilung (Tabelle 11)

In der Altersgruppe bis 20 Jahren traten 2 Diabetesfälle auf, dagegen weder Herzinsuffizienz noch Hypertonie oder Herzinfarkt. Die 71- bis 80jährigen sind am häufigsten mit diesen Diagnosen behaftet : Herzinsuffizienz 38,0 %, Hypertonie 31,2 %, Diabetes 31,9 %, Herzinfarkt 34,4 %.

Die Fallzahl der einzelnen dieser Erkrankungen nimmt vom 41. bis zum einschl. 80. Lebensjahr zu. Der Zuwachs innerhalb dieser Diagnosen ist zwischen dem 51. und 70. Lebensjahr am signifikantesten. Die Altersgruppe der 81- bis 90jährigen weist einen deutlichen Rückgang der Fälle für diese Krankheitsbilder auf. Von den über 90jährigen waren 4 herzinsuffizient ; Hypertonie, Diabetes oder Infarkt konnten in diesem Alter nicht ermittelt werden.

Tabelle 11 : Altersverteilung bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Infarkt (Prozentangaben der Basis bezogen auf 1618 = 100 %, Prozentangaben der Altersgruppen bezogen auf die zugehörige Basis)

	Herzinsuffizienz		Hypertonie		Diabetes		Herzinfarkt	
Basis	n	%	n	%	n	%	n	%
	405	25,0	202	12,5	257	15,9	65	4,0
Alter in Jahren								
bis 20	-	-	-	-	2	0,8	-	-
21 - 30	3	0,7	1	0,5	7	2,7	-	-
31 - 40	3	0,7	5	2,5	13	5,1	-	-
41 - 50	12	3,0	20	9,9	13	5,1	1	1,5
51 - 60	34	8,4	35	17,3	42	16,3	12	18,5
61 - 70	126	31,3	60	29,7	69	26,8	19	29,2
71 - 80	154	38,0	63	31,2	82	31,9	23	35,4
81 - 90	66	16,3	16	7,9	25	9,7	10	15,4
90	4	1,0	-	-	-	-	-	-

2.2.1.1. Altersverteilung bei Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung der Geschlechter (405 Fälle, 178 Männer und 227 Frauen) (Tabelle 12)

Bei den 81- bis mehr als 90jährigen wurden deutlich mehr Frauen als Männer gefunden. Dieses Übergewicht fällt vor allem im 9. Dezenium auf : Frauen 45 (19,8 %), Männer 21 (11,8 %).
Der Hauptanteil herzinsuffizienter Patienten liegt im 8. Dezenium (Männer 37,6 %, Frauen 39,2 %).

2.2.1.2. Altersverteilung bei Hypertonie unter Berücksichtigung der Geschlechter (202 Fälle, davon 92 Männer und 110 Frauen) (Tabelle 13)

Bis zum 30. Lebensjahr trat nur einmal ein Hochdruckleiden auf. Im 4. Dezenium wurden mehr als doppelt soviel Männer wie Frauen mit Hypertonie erfaßt. Im 6. Lebensjahrzehnt besteht eine gleiche Geschlechtsverteilung. Vom 61. bis 90. Lebensjahr wird bei den Frauen häufiger eine Hypertonie diagnostiziert, vor allem im 9. Jahrzehnt (10,9 % Frauen, 4,3 % Männer).

Tabelle 12 : Altersverteilung männlich und weiblich bei Herzinsuffizienz

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	178	44,0	227	56,0	405	100
Alter in Jahren						
bis 20	-	-	-	-	-	-
21 - 30	2	1,1	1	0,4	3	0,7
31 - 40	2	1,1	1	0,4	3	0,7
41 - 50	6	3,4	6	2,6	12	3,0
51 - 60	20	11,3	15	6,6	35	8,4
61 - 70	59	33,1	67	29,5	126	31,1
71 - 80	67	37,6	89	39,2	156	38,5
81 - 90	21	11,8	45	19,8	66	16,3
> 90	1	0,6	3	1,3	4	1,0

Tabelle 13 : Altersverteilung männlich und weiblich bei Hypertonie

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	92	45,5	110	54,5	202	100
Alter in Jahren						
bis 20	-	-	-	-	-	-
21 - 30	-	-	1	0,9	1	0,5
31 - 40	2	2,2	3	2,7	5	2,5
41 - 50	14	15,2	6	5,5	20	9,9
51 - 60	18	19,6	18	16,4	36	17,8
61 - 70	24	26,1	37	33,6	61	30,2
71 - 80	30	32,6	33	30,0	63	31,2
81 - 90	4	4,3	12	10,9	16	7,9
> 90	-	-	-	-	-	-

2.2.1.3. Altersverteilung unter Berücksichtigung der Geschlechter bei Diabetes mellitus (257 Fälle, davon 107 Männer und 150 Frauen) (Tabelle 14)

Im 4. Dezinium existiert bei den Diabetikern eine gleichmäßige Geschlechtsverteilung. Vom 6. bis einschließlich 9. Jahrzehnt überwiegen die Frauen. Die meisten Diabetiker werden im 8. Dezinium gefunden : 31,9 % aller Diabetiker (32 Männer und 50 Frauen). Dagegen wurden nur 2 juvenile Diabetiker (1 Mann und 1 Frau) ermittelt.

2.2.1.4. Altersverteilung bei Infarktpatienten unter Berücksichtigung der Geschlechter (65 Fälle, davon 45 Männer und 20 Frauen) (Tabelle 15)

Vom 5. bis zum einschließlich 8. Jahrzehnt trat ein Herzinfarkt bei Männern häufiger auf als bei Frauen. So waren im 7. Dezinium von 19 Infarktpatienten allein 15 Männer. Bei den 71- bis 80jährigen bestand die größte Infarkthäufigkeit. In dieser Altersgruppe erlitten 23 Patienten (35,4 %) einen Herzinfarkt (14 Männer und 9 Frauen). Bis zum 40. Lebensjahr ließ sich kein Infarkt ermitteln.

Tabelle 14 : Altersverteilung männlich und weiblich bei Diabetes mellitus

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	107	41,6	150	58,4	257	100
Alter in Jahren						
bis 20	1	0,9	1	0,7	2	0,8
21 - 30	3	2,8	4	2,7	7	2,7
31 - 40	7	6,5	6	4,0	13	5,1
41 - 50	7	6,5	6	4,0	13	5,1
51 - 60	16	15,0	28	18,7	44	17,1
61 - 70	33	30,8	38	25,3	71	27,6
71 - 80	32	29,9	50	33,3	82	31,9
81 - 90	8	7,5	17	11,3	25	9,7
> 90	-	-	-	-	-	-

Tabelle 15 : Altersverteilung männlich und weiblich bei Herzinfarkt

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	45	69,2	20	30,8	65	100
Alter in Jahren						
bis 20	-	-	-	-	-	-
21 - 30	-	-	-	-	-	-
31 - 40	-	-	-	-	-	-
41 - 50	1	2,2	-	-	1	1,5
51 - 60	10	22,2	2	10,0	12	18,5
61 - 70	15	33,3	4	20,0	19	29,2
71 - 80	14	31,1	9	45,0	23	35,4
81 - 90	5	11,1	5	25,0	10	15,4
> 90	-	-	-	-	-	-

2.3. Blutdruckverteilung bei Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt systolisch und diastolisch

Tabelle 16 und 21 überblicken die systolische und diastolische RR-Wertverteilung in mmHg bei den obengenannten Erkrankungen. Die Prozentangaben werden dabei auf die Basiszahl 1230 bezogen. Die Prozentwerte, die unter den jeweils angegebenen RR-Werten aufgeführt sind, beziehen sich auf den zugehörigen Basiswert der einzelnen RR-Sparte.

2.3.1. Verteilung der systolischen RR-Werte

Von 156 Patienten mit systolischen RR-Werten größer 170 mmHg entfällt der größte Anteil (56,4 %) auf die Hypertoniker. Die Herzinsuffizienten bilden 45,5 %. Der Anteil der Diabetiker mit 29,5 % und der der Infarktpatienten mit 7,1 % ist dabei verhältnismäßig gering. Das Gros der Patienten weist normotone bis gering erhöhte systolische RR-Werte zwischen 120 und 160 mmHg auf. Zwischen 100 und 110 mmHg RR-Wert hatten vor allem Patienten mit Herzinsuffizienz. Daß unter der Diagnose Hypertonie auch RR-Werte von 100 bis 150 mmHg systolisch aufgefunden werden, muß damit begründet werden, daß hier RR-Angaben erst nach medikamentöser Einstellung gemacht wurden.

Tabelle 16 : RR-systolisch in mmHg bei Patienten mit Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt

RR mmHg	Basis		Herzinsuff.		Hypertonie		Diabetes		Infarkt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<100	22	1,8	1	4,5	-	-	3	13,6	2	9,1
-100	39	3,2	6	15,4	1	2,6	5	12,8	3	7,7
-110	103	8,4	12	11,7	1	1,0	4	3,9	3	2,9
-120	172	14,0	38	22,1	6	3,5	23	13,4	4	2,3
-130	200	16,2	45	22,5	8	4,0	28	14,0	8	4,0
-140	212	17,2	59	27,8	13	6,1	38	17,9	5	2,4
-150	155	12,6	42	27,1	19	12,3	28	28,1	11	7,1
-160	98	8,0	32	32,7	19	19,4	33	33,7	5	5,1
-170	73	5,9	32	43,8	23	31,5	10	13,7	3	4,1
>170	156	12,7	71	45,5	88	56,4	46	29,5	11	7,1
SA	1230	100	338	27,5	178	14,5	218	7,7	55	4,5

2.3.1.1. Verteilung der systolischen RR-Werte in mmHg bei Herzinsuffizienz unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 17)

Unter den herzinsuffizienten Patienten wurden vor allem Frauen mit erhöhten systolischen RR-Werten (160 bis 170 mmHg) gefunden. Am deutlichsten ist dieser Unterschied bei systolischen RR-Werten größer 170 mmHg, hier sind von 72 Patienten 31 Männer und 41 Frauen und bei systolischen Werten von 160 mmHg bei 32 Fällen 11 Männer und 21 Frauen. Im normotonen Bereich von 120 bis einschl. 150 mmHg systolisch besteht eine gleichmäßige Geschlechtsverteilung.

Tabelle 17 : Herzinsuffizienz : RR-systolisch mit Geschlechtsverteilung

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	178	44,0	227	56,0	405	100
RR syst. < 100	-	-	1	0,4	1	0,2
in 100	3	1,7	3	1,3	6	1,5
mmHg 110	5	2,8	7	3,1	12	3,0
120	19	10,7	19	8,4	38	9,4
130	21	11,8	24	10,6	45	11,1
140	29	16,3	30	13,2	59	14,6
150	19	10,7	23	10,1	42	10,4
160	11	6,2	21	9,3	32	7,9
170	13	7,3	19	8,4	32	7,9
>170	31	17,4	41	18,1	72	17,8

2.3.1.2. Verteilung der systolischen RR-Werte in mmHg bei Hypertonie unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 18)

Wie zu erwarten ist, liegt das Hauptkontingent zwischen systolisch 150 und größer 170 mmHg. 88 entsprechend 43,6 % der Hypertoniker entfallen allein auf Werte von größer 170 mmHg systolisch, davon 50 Frauen und 38 Männer. Der Anteil der Patienten, die mit dieser Diagnose im systolisch normotonen oder hypotonen Bereich liegen ist gering. Eine Erklärung hierfür wurde bereits unter Punkt 2.3.1. gegeben.

Tabelle 18 : Hypertonie : RR-systolisch mit Geschlechtsverteilung

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	92	45,5	110	54,5	202	100
RR syst. < 100	-	-	-	-	-	-
in 100	-	-	1	0,9	1	0,5
mmHG 110	-	-	1	0,9	1	0,5
120	3	3,3	3	2,7	6	3,0
130	4	4,3	4	3,6	8	4,0
140	8	8,7	5	4,5	13	6,4
150	8	8,7	11	10,0	19	9,4
160	13	14,1	6	5,5	19	9,4
170	13	14,1	10	9,1	23	11,4
>170	38	41,3	50	45,5	88	43,6

2.3.1.3. Verteilung der systolischen RR-Werte in mmHg bei Diabetes unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 19)

Unter den Diabetikern besteht im systolisch hypotonen (100 - 110 mmHg) und normotonen Bereich (120 - 150 mmHg) eine gleichmäßige Geschlechtsverteilung. Das Hauptkontingent der Diabetiker ist dabei normoton mit RR-Werten zwischen 120 und 150 mmHg systolisch. Bei hypotonen Diabetikern mit systolischen RR-Werten von 170 mmHg und darüber überwiegt der weibliche Anteil gegenüber dem männlichen um ca. 5,0 %.

Tabelle 19 : Diabetes mellitus : RR-systolisch mit Geschlechtsverteilung

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	107	41,6	150	58,4	257	100
RR syst. <100	1	0,9	2	1,3	3	1,2
in 100	4	3,7	1	0,7	5	1,9
mmHg 110	3	2,8	1	0,7	4	1,6
120	14	13,1	9	6,0	23	8,9
130	11	10,3	17	11,3	28	10,9
140	18	16,8	20	13,3	38	14,8
150	11	10,3	17	11,3	28	10,9
160	13	12,1	20	13,3	33	12,8
170	3	2,8	7	4,7	10	3,9
>170	16	15,0	30	20,0	46	17,9

2.3.1.4. Verteilung der systolischen RR-Werte bei Herzinfarkt unter Berücksichtigung der Geschlechter (Tabelle 20)

Es wurden 8 (12,3 %) Infarktpatienten mit systolisch hypotonen Werten zwischen 110 und kleiner 100 mmHg erfaßt. Der überwiegende Anteil der Infarktpatienten (11, davon 3 Frauen und 8 Männer) wird bei einem systolischen Blutdruck von 150 mmHg und bei RR Werten von 170 mm HG (ebenfalls 11, davon 5 Frauen und 6 Männer) gefunden.

Tabelle 20 : Herzinfarkt : RR-systolisch mit Geschlechtsverteilung

	männlich		weiblich		SA	
	n	%	n	%	n	%
Basis	45	69,2	20	30,8	65	100
RR syst. < 100	2	4,4	-	-	2	3,1
in 100	3	6,7	-	-	3	4,6
mmHg 110	2	4,4	1	5,0	3	4,6
120	3	6,7	1	5,0	4	6,2
130	5	11,1	3	15,0	8	12,3
140	4	8,9	1	5,0	5	7,7
150	8	17,8	3	15,0	11	16,9
160	3	6,7	2	10,0	5	7,7
170	2	4,4	1	5,0	3	4,6
> 170	6	13,3	5	25,0	11	16,9

2.3.2. Die Verteilung der diastolischen RR-Werte (Tabelle 21)

Diastolische RR-Werte von <40 mmHg waren bei keiner dieser Erkrankungen dokumentiert. Bei 40 Patienten wurde ein hypertoner diastolischer RR-Wert von 110 mmHg gemessen. Es entfallen davon 70 % auf die Hypertoniker, 32,5 % auf die Herzinsuffizienten, 10 % auf die Diabetiker und 2,5 % auf die Infarktpatienten.
Im gesamten diastolisch hypertonen Bereich von > 90 mmHg bis >110 mmHg besteht ein zahlenmäßiges und prozentuales Übergewicht an Patienten mit den Diagnosen Herzinsuffizienz und Hypertonie. Den mengenmäßig größten Anteil bei den einzelnen Erkrankungen trägt die Herzinsuffizienz mit 104 Fällen bei einem diastolischen RR-Wert von 80 mmHg. Bei den Hypertonikern liegt das Maximum mit 49 Patienten bei 100 mmHg diastolisch. Die Diabetiker zeigen mit 48 und die Infarktpatienten mit 11 Erkrankten ihre größten Anteile bei diastolischen RR-Werten von 90 mmHg.

2.3.2.1. Verteilung der diastolischen RR-Werte in mmHg unter Berücksichtigung der Geschlechter bei Herzinsuffizienz (Tabelle 22)

36,0 % der herzinsuffizienten Männer und 30,4 % der herzinsuffizienten Frauen weisen diastolische Blutdruckwerte von 90 bis 110 mmHg und darüber auf. Zwischen 50 und 80 mmHg finden wir hier bei 48,4 % der Männer und 51,6 % der Frauen. 40 mmHg und weniger zeigten 0,4 % der Herzinsuffizienten, die ausschließlich Frauen sind.

Tabelle 21 : RR-diastolisch in mmHg bei Patienten mit Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt

RR mmHg	Basis		Herzinsuff.		Hypertonie		Diabetes		Infarkt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
< 40	1	0,1	-	-	-	-	-	-	-	-
40	5	0,4	1	-	-	-	2	-	1	-
50	18	1,5	2	11,0	1	6,0	3	17,0	-	-
60	97	7,9	32	33,0	5	5,0	15	15,5	3	3,0
70	201	16,3	66	32,8	10	5,0	32	15,9	11	5,5
80	354	28,8	104	29,4	30	8,5	71	20,1	18	5,1
90	292	23,7	63	21,6	34	11,6	48	16,4	11	3,8
100	169	13,7	44	26,0	49	29,0	27	16,0	7	4,0
110	53	4,3	13	24,5	21	39,6	10	18,9	3	6,0
> 110	40	3,3	13	32,5	28	70,0	10	25,0	1	3,0
SA	1230	100	338	27,5	178	14,5	218	17,7	55	4,5

Tabelle 22 : Herzinsuffizienz : RR-diastolisch mit Geschlechtsverteilung

		männlich		weiblich		SA	
		n	%	n	%	n	%
Basis		178	44,0	227	56,0	405	100
RR-	<40	-	-	-	-	-	-
diast.	40	-	-	1	0,4	1	0,2
in	50	1	0,6	1	0,4	2	0,5
mmHg	60	13	7,3	19	8,4	32	7,9
	70	30	16,9	36	15,9	66	16,3
	80	42	23,6	61	26,9	103	25,4
	90	32	18,0	31	13,7	63	15,6
	100	19	10,7	25	11,0	44	10,9
	110	8	4,5	5	2,2	13	3,2
	>110	5	2,8	8	3,5	13	3,2

2.3.2.2. Verteilung der diastolischen RR-Werte in mmHg unter Berücksichtigung des Geschlechts bei Hypertonie (Tabelle 23)

75,5 % der hypertonen Männer und 57,2 % der hypertonen Frauen haben erwartungsgemäß diastolische Blutdruckwerte zwischen 90 und größer 110 mmHg. 19,6 % der hypertonen Männer sowie 25,5 % der Frauen mit dieser Diagnose lagen bei diastolisch unauffälligen Blutdruckwerten. Von den hypertonen Frauen konnten 0,4 % mit einem diastolischen Blutdruck von 40 mmHg ermittelt werden.

Tabelle 23 : Hypertonie : RR-diastolisch mit Geschlechtsverteilung

		männlich		weiblich		SA	
		n	%	n	%	n	%
Basis		92	45,5	110	54,5	202	100
RR-	< 40	-	-	-	-	-	-
diast.	40	-	-	-	-	-	-
in	50	-	-	1	0,9	1	0,5
mmHg	60	2	3,3	2	1,8	5	2,5
	70	4	4,3	6	5,5	10	5,0
	80	11	12,0	19	17,3	30	14,9
	90	18	19,6	16	14,5	34	16,8
	100	25	27,2	24	21,8	49	24,3
	110	14	15,2	7	6,4	21	10,4
	> 110	12	13,0	16	14,5	28	13,9

2.3.2.3. Verteilung der diastolischen RR-Werte in mmHg unter Berücksichtigung der Geschlechter bei Diabetes mellitus (Tabelle 24)

Bei den Diabetikern wurden mit diastolischen RR-Werten von 90 bis > 110 mmHg 64,5 % Männer und 35,3 % Frauen gefunden. Im Bereich von 50 bis einschließlich 80 mmHg überwiegt ebenfalls der männliche Anteil mit 48,6 % gegenüber dem weiblichen Geschlecht mit 46,0 %. 1,3 % der Diabetikerinnen wurden mit einem Blutdruck von 40 mmHg diastolisch gemessen.

Tabelle 24 : Diabetes mellitus : RR-diastolisch mit Geschlechtsverteilung

		männlich		weiblich		SA	
		n	%	n	%	n	%
Basis		107	41,6	150	58,4	252	100
RR-	< 40	-	-	-	-	-	-
diast.	40	-	-	2	1,3	2	0,8
in	50	-	-	3	2,0	3	1,2
mmHg	60	11	10,3	4	2,7	15	5,8
	70	12	11,2	20	13,3	32	12,5
	80	29	27,1	42	28,0	71	27,6
	90	19	17,8	29	19,3	48	18,7
	100	16	15,0	11	7,3	27	10,5
	110	3	2,8	7	4,7	10	3,9
	>110	4	3,7	6	4,0	10	3,9

2.3.2.4. Verteilung der diastolischen RR-Werte in mmHg unter Berücksichtigung der Geschlechter bei Herzinfarkt (Tabelle 25)

90 bis mehr als 110 mmHg haben 25 % der Frauen und 37,8 % der Männer, die einen Herzinfarkt erlitten. Bei 50 bis 80 mmHg sind es hier 44,4 % Männer und 60 % Frauen. 2,2 % der Männer mit Herzinfarkt hatten einen RR-Wert von diastolisch 40 mmHg.

Tabelle 25 : Herzinfarkt : RR-diastolisch mit Geschlechtsverteilung

		männlich		weiblich		SA	
		n	%	n	%	n	%
Basis		45	69,2	20	30,8	65	100
RR-	<40	-	-	-	-	-	-
diast.	40	1	2,2	-	-	1	1,5
in	50	-	-	-	-	-	-
mmHg	60	1	2,2	2	10,0	3	4,6
	70	8	17,8	3	15,0	11	16,9
	80	11	24,4	7	35,0	18	27,7
	90	7	15,6	4	20,0	11	16,9
	100	7	15,6	-	-	7	10,8
	110	2	4,4	1	5,0	3	4,6
	>110	1	2,2	-	-	1	1,5

2.4. Vergleich der Aufnahmehäufigkeit bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes mellitus und Herzinfarkt (Tabelle 26)

Über 80 % der Patienten, bei denen eine oder mehrere dieser Diagnosen zutrafen, wurden nur einmal während des Untersuchungszeitraumes ambulant oder stationär gesehen. Zweimal besuchten die Klinik im Behandlungszeitraum von den Herzinsuffizienten nurmehr 11,6 %, 9,9 % der Hypertoniker, 10,5 % der Diabetiker und 10,8 % der Infarktpatienten. Bei einer Aufnahmehäufigkeit von 3 liegt nur noch der Anteil der Hypertoniker über 5 %. Kein Infarktpatient wurde öfter als dreimal stationär aufgenommen oder ambulant untersucht. Unter den Patienten mit einer Aufnahmehäufigkeit von 7 bis 9 fanden wir bei diesem Vergleich lediglich Hypertoniker und

Tabelle 26 : Aufnahmehäufigkeit bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt

	Herzinsuff.		Hypertonie		Diabetes		Infarkt		SA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Basis	405	43,6	202	21,7	257	27,7	65	7,0	929	100
Aufnahme 1 x	335	82,7	164	81,2	215	83,6	55	84,6	769	82,8
Aufnahme 2 x	47	11,6	20	9,9	27	10,5	7	10,8	101	10,9
Aufnahme 3 x	16	4,0	11	5,4	9	3,5	3	4,6	39	2,9
Aufnahme 4 x	5	1,2	2	1,0	1	0,4	-	-	8	0,9
Aufnahme 5 x	2	0,5	3	1,5	2	0,8	-	-	7	0,8
Aufnahme 6 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Aufnahme 7 x	-	-	1	0,5	1	0,4	-	-	2	0,2
Aufnahme 8 x	-	-	1	0,5	1	0,4	-	-	2	0,2
Aufnahme 9 x	-	-	-	-	1	0,4	-	-	1	0,1
Aufnahme 9 x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Diabetiker, deren Anteil bei je 1 % liegt. Öfter als neunmal wurde kein Patient mit einer dieser Diagnosen eingewiesen.

2.5. Vergleich der Verweildauer bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Infarkt (Tabelle 27)

Ungefähr 20 % der Herzinsuffizienten, Hypertoniker und Diabetiker lagen zwischen 20 und 29 Tagen stationär ; 24,5 % der Infarktpatienten wiesen eine Verweildauer von 1 bis 9 Tagen auf, 15,4 % eine von 30 bis 39 Tagen. 40 bis 49 Tage lagen 8,6 % der Herzinsuffizienten, 9,9 % der Hypertoniker, 11,7 % der Diabetiker und 7,7 % der Infarktpatienten in der Klinik. 50 bis 99 Tage wurden 12 % der Herzinsuffizienten, 10 % der Hypertoniker, 11,3 % der Diabetiker und 15,3 % der Infarktpatienten stationär behandelt.

Der Anteil der Patienten mit einer Verweildauer von mehr als 99 Tagen ist bei den Diabetikern innerhalb des Vergleichs mit 2,7 % am größten.

2.6. Therapieerfolge bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt (Tabelle 28)

Von 812 Patienten, deren Zustand sich gebessert hatte, waren 34 % herzinsuffizient, 13,2 % Hypertoniker, 22,2 % Diabetiker und 4,3 % Infarktpatienten. Von 81 Patienten, deren Zustand nach Behandlung als "unverändert" bezeichnet wurde, sind 22,2 % herzinsuffizient. Der Anteil der Infarktpatienten und Hypertoniker liegt dabei unter 5 %, der Anteil der Diabetiker bei 9,9 %. Verschlechtert hatten sich bei diesem Vergleich nur 9,1 % der Diabetiker.
81,8 % der 154 Verstorbenen fallen auf die oben angegebenen Krankheitsbilder : 37 % auf die Herzinsuffizienz, 13 % auf die Infarkte,

Tabelle 27 : Vergleich der Liegedauer bei Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt

	Herzins.		Hypertonie		Diabetes		Infarkt		SA	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Basis	405	43,6	202	21,7	257	27,7	65	7,0	929	100
Aufenth. 1- 9 Tg.	56	13,8	21	10,5	31	12,1	16	24,5	124	13,4
Aufenth. 10-19 Tg.	80	19,7	22	11,0	42	16,4	8	12,2	152	16,3
Aufenth. 20-29 Tg.	81	20,0	36	18,0	61	23,5	7	10,6	185	20,0
Aufenth. 30-39 Tg.	52	12,8	12	5,9	26	10,1	10	15,4	100	10,8
Aufenth. 40-49 Tg.	35	8,6	20	9,9	30	11,7	5	7,7	90	9,7
Aufenth. 50-59 Tg.	18	4,4	4	2,0	10	3,9	1	1,5	33	3,6
Aufenth. 60-69 Tg.	11	2,7	6	3,0	5	1,9	5	7,7	27	2,9
Aufenth. 70-79 Tg.	5	1,2	1	0,5	2	0,8	1	1,5	9	1,0
Aufenth. 80-89 Tg.	6	1,5	3	1,5	4	1,6	2	3,1	15	1,6
Aufenth. 90-99 Tg.	2	0,5	1	0,5	1	0,4	1	1,5	5	0,5
Aufenth. > 99 Tg.	7	1,7	5	2,5	7	2,7	-	-	19	2,0
SA	353	87,2	131	64,9	219	85,2	56	86,2	759	81,7

Tabelle 28 : Therapieerfolg bei den stationären Patienten mit Herzinsuffizienz, Hypertonie, Diabetes und Herzinfarkt

		gebessert	unverändert	verschlechtert	verstorben	SA
Basis	n	812	81	11	154	1058
	%	76,7	7,7	1,0	14,6	100
Herzins.	n	276	18	-	57	351
	%	34,0	22,2	-	37,0	33,2
Hypertonie	n	107	3	-	19	129
	%	13,2	3,7	-	12,3	12,2
Diabetes	n	180	8	1	30	219
	%	22,2	9,9	9,1	19,5	20,7
Infarkt	n	35	3	-	20	58
	%	4,3	3,7	-	13,0	5,5

19,5 % auf die Diabetiker und 12,3 % auf die Hypertoniker.
Zu den verstorbenen Infarktpatienten sei bemerkt, daß hierbei teilweise auch Patienten mit alten Infarkten bzw. solche mit der Diagnose "Zustand nach Herzinfarkt" eingehen.

3. Diagnosen und diagnostische Maßnahmen

In diesem Abschnitt erfolgt zunächst die Verteilung der Diagnosenzahl auf das männliche und weibliche Geschlecht und auf die Altersgruppen. Es konnten pro Patient bis zu 15 Diagnosen verschlüsselt werden.
Im folgenden werden dann die über den Untersuchungszeitraum gestellten Diagnosen (5242) und diagnostischen Maßnahmen (4741) geordnet nach ihrer Häufigkeit in Gruppen dargestellt. Siehe dazu Tabelle 31 und Abbildung 7 für die Diagnosengruppen sowie Tabelle 51 für die diagnostischen Maßnahmen in Gruppen.

3.1. Verteilung der Diagnosenzahl von 1 bis 15 auf die Geschlechter und die Altersgruppen

3.1.1. Verteilung auf die Geschlechter (Tabelle 29)

66,2 % hatten zwischen einer und vier Diagnosen. Bis zu dieser Diagnosenanzahl überwiegt das männliche Geschlecht. Der weibliche Anteil ist von 5 bis einschließlich 13 Diagnosen pro Patient größer (Ausnahme : 9 Diagnosen, Männer 52,1 %, Frauen 47,9 %).
14 bis 15 Diagnosen traten in 0,8 % der Fälle auf mit gleichmäßiger Geschlechtsverteilung bis 14 Diagnosen und einem dreifachen männlichen Übergewicht bei 15 Diagnosen.

Tabelle 29 : Verteilung der Diagnosen auf die Geschlechter

n Diagn.	Basis n	%	männlich n	%	weiblich n	%
1	355	21,9	207	58,3	148	41,7
2	275	17,0	136	49,5	139	50,5
3	228	14,0	124	54,4	104	45,6
4	215	13,3	113	52,6	102	47,4
5	168	10,4	76	45,2	92	54,8
6	131	8,1	50	38,2	81	61,8
7	86	5,3	40	46,5	46	53,5
8	51	3,2	24	27,1	27	52,9
9	48	2,2	25	52,1	23	47,9
10	24	1,4	9	37,5	15	62,5
11	18	1,1	8	44,4	10	55,6
12	6	0,4	2	-	4	-
13	5	0,3	2	-	3	-
14	4	0,2	2	-	2	-
15	4	0,2	3	-	1	-

Prozentzahlen der Basis bezogen auf 1618.

3.1.2. Verteilung auf die Altersgruppen (Tabelle 30)

Während bis zu einem Alter von 30 Jahren maximal 5 Krankheitsbilder diagnostiziert wurden (Ausnahme 7 Jugendliche, davon 1 mit 7, 3 mit 9 und 3 mit 11 Krankheitsbildern), wobei die meisten in dieser Altersgruppe 1 und 2 Diagnosen aufweisen, sehen wir bei den 31- bis 60jährigen eine deutliche Verschiebung zu höheren Diagnosenzahlen. Bei den 51- bis 60jährigen weist die größte Gruppe 4 Diagnosen auf. 10 Diagnosen wurden in diesem Altersabschnitt bei 7 Patienten gestellt. 15 der 61- bis 90jährigen hatten 11 verschiedene Erkrankungen. Bei den meisten in dieser Altersgruppe wurden 4 - 7 Diagnosen gestellt.

3.2. Darstellung der Häufigkeit der einzelnen Diagnosen zusammengefaßt in Gruppen und Auflistung der Einzeldiagnosen quantitativ innerhalb ihrer Gruppen

3.2.1. Darstellung der Häufigkeit der einzelnen Diagnosen zusammengefaßt in Gruppen (Tabelle 31 und Abbildung 7)

29,3 % aller gestellten Diagnosen fallen auf die Gruppe der Herzkreislauferkrankungen. Der Diagnosenanteil, der sich auf Magen-Darm- und sonstige abdominelle Erkrankungen erstreckt, beträgt 13,5 % ; die Stoffwechselerkrankungen machen 13,2 % aus. 7,2 % der Diagnosen entfallen auf nicht näher einzuordnende Begriffe, die unter Enddiagnosen im Arztbrief aufgeführt wurden. 6,0 % waren es bei den neurologischen, 5,7 % bei den Atemwegs- und 5,1 % bei den Gefäß- und Lymphsystemerkrankungen. Der prozentuale Anteil der übrigen Krankheitsgruppen liegt jeweils unter 5 %.

Tabelle 30 : Verteilung der Diagnosenzahl auf die Altersgruppe (Prozentzahlen unter den Diagnosen beziehen sich auf die zugehörige Basis, diese bezieht sich auf 1618)

n Diagn.		1	2	3	4	5	6	7	8
Basis	n	355	275	228	215	168	131	86	51
	%	21,9	17,0	14,0	13,3	10,4	8,1	5,3	3,2
bis 20	n	35	11	4	3	1	-	1	-
	%	9,9	4,0	1,8	1,4	0,6	-	1,2	-
21-30	n	68	39	23	7	8	-	-	-
	%	19,2	14,2	10,0	3,3	4,8	-	-	-
31-40	n	61	51	22	21	4	5	1	-
	%	17,2	18,5	9,6	9,8	2,4	3,8	1,2	-
41-50	n	68	50	40	20	17	9	4	-
	%	19,2	18,2	17,5	9,3	10,1	6,9	4,7	-
51-60	n	43	43	44	52	39	31	13	3
	%	12,1	15,6	19,3	24,2	23,2	23,7	15,1	5,9
61-70	n	29	35	36	55	47	38	27	15
	%	8,7	12,7	15,8	25,6	28,0	29,0	31,4	29,4
71-80	n	29	25	38	38	34	27	27	18
	%	8,7	9,0	16,7	17,7	20,2	26,0	31,4	52,9
81-90	n	5	15	18	16	18	11	10	6
	%	1,4	5,5	7,9	7,4	10,7	8,4	11,6	11,8
90	n	-	2	-	-	-	1	-	-
	%	-	0,7	-	-	-	0,8	-	-

Tabelle 30 : Fortsetzung

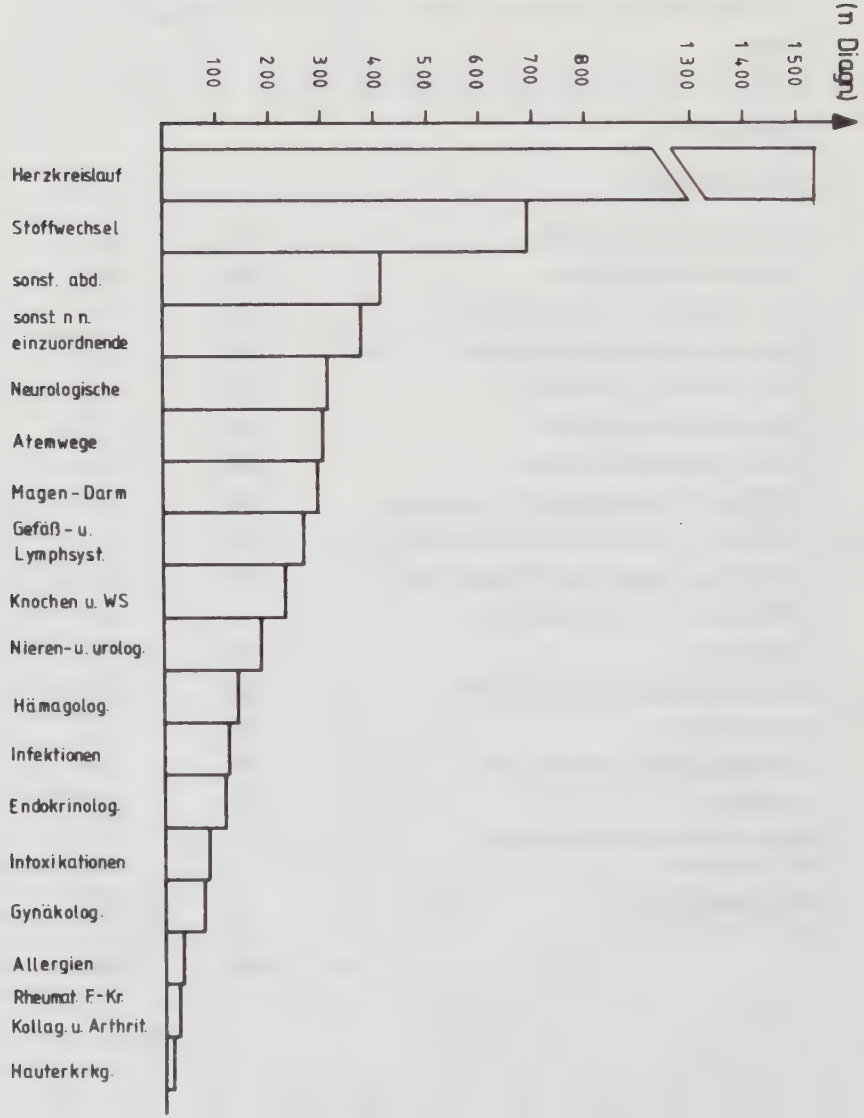
n Diagn.		9	10	11	12	13	14	15	SA
Basis	n	48	24	18	6	5	4	4	1618
	%	2,2	1,4	1,1	0,4	0,3	0,2	0,2	100
bis 20	n	3	-	3	-	-	-	-	61
	%	6,3	-	16,7	-	-	-	-	3,8
21-30	n	-	-	-	-	-	-	-	145
	%	-	-	-	-	-	-	-	9,0
31-40	n	-	-	-	-	-	-	-	165
	%	-	-	-	-	-	-	-	10,2
41-50	n	3	1	-	-	-	-	-	212
	%	6,3	4,2	-	-	-	-	-	13,1
51-60	n	-	7	1	2	-	-	-	274
	%	-	29,2	5,6	-	-	-	-	16,9
61-70	n	11	5	6	1	1	2	1	311
	%	22,9	20,8	33,3	-	-	-	-	19,2
71-80	n	18	8	7	2	3	2	1	293
	%	37,5	33,3	38,9	-	-	-	-	18,1
81-90	n	5	2	1	1	1	-	2	111
	%	10,4	8,3	5,6	-	-	-	-	6,9
90	n	2	1	-	-	-	-	-	6
	%	4,2	4,2	-	-	-	-	-	0,4

Karzinome, Metastasen und die Diagnose Malignomverdacht wurden aus ihren zugehörigen Gruppen nochmals herausgezogen (Tabelle 32). Ihr Anteil an allen Diagnosen würde bei dieser Betrachtung 6,2 % betragen.

Tabelle 31 :

Diagnosegruppen	n	%
Herzkreislaufkrankheiten	1534	29,3
Stoffwechselkrankheiten	693	13,2
Sonst. abdominelle Erkrankungen	414	7,9
Sonst. nicht näher einzuordnende Erkrank.	378	7,2
Neurologische Erkrankungen	313	6,0
Atemwegserkrankungen	301	5,7
Magen-Darmerkrankungen	295	5,6
Gefäß- u. Lymphsystem-Erkrankungen	268	5,1
Knochen-u. Wirbelsäulen-Erkrankungen	233	4,4
Nieren- u. Urologische Erkrankungen	186	3,5
Hämatologische Erkrankungen	143	2,7
Infektionen	124	2,4
Endokrinologische Erkrankungen	119	2,3
Intoxikationen	85	1,6
Gynäkologische Erkrankungen	78	1,5
Allergien	34	0,7
Rheumatischer Formenkreis, Kollagenosen	27	0,6
Hautkrankheiten	15	0,3
SA	5240	100,0

Abb. 6 : Darstellung der Diagnosengruppen



3.2.2. Auflistung der Einzeldiagnosen quantitativ innerhalb ihrer Gruppen (Tabelle 32 - 50)

Tabelle 32 : Karzinome, Metastasen, Malignomverdacht (Total 323)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Hirnmetastasen	5	Mamma-Ca.	44
Lungen-Ca.	2	Uterus-Ca.	
Bronchus-Ca.	13	Ovarial-Ca.	16
Pleuritis Carcinomatosa	11	Prostata-Ca.	8
Magen-Ca.	11	Knochensarkom	2
Dünndarm-Ca.	2	Knochenmetastasen	37
Dünndarmkarzinoid	2	Plattenepithel-Ca.	2
Dickdarm-Ca.	16	Malignes Melanom	2
Rektum-Ca.	6	Myosarkom	1
Peritonealkarzinose	9	Malignomverdacht	21
Gallenblasen-Ca.	2		
Gallenwegs-Ca.	1		
Lebermetastasen	31		
Leukämie	1		
Chronisch myeloische Leukämie	2		
Paramyeloblastische Leukämie	1		
Malignes Lymphom	5		
Lymphogranulomatose	7		
Lymphknotenmetastasen	20		
Lymphangiosis carcinomat.	15		
Schilddrüsen-Ca.	10		
Schilddrüsenmetastasen	1		

Tabelle 33 : Herzkreislauf (Total 1534)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Vitium Cordis	1	Perikarditis	4
Mitralvitium	14	Herzbeuteltamponade	1
Aortenvitium	7	Hypotonie	52
Herzinsuffizienz	405	Orthostase	18
Koronarinsuffizienz und koronare Herzerkrankung	86	Hypertonie (auch labil)	201
Angina pectoris	14	Hypertonie renal	1
Asthma cardiale	3	Synkope	5
Koronarsklerose	84	Kollaps	5
Funktionale Herzbeschwerden	19	Hyperventilationssyndrom	3
Hyperkinetisches Herzsyndrom	1	Zustand nach Herzinfarkt	89
Herzrhythmusstörungen	13	Herzinfarkt	65
Tachykardie	18	Kreislaufversagen	44
Paroxysmale Tachykardie	5		
Bradykardie	19		
Extrasystolie	68		
Abs. Arrhythmie	71		
WPW-Syndrom	3		
Schenkelblock	87		
AV-Block I^{o} und II^{o}	57		
Totaler AV-Block	5		
Vorhofflattern	24		
Vorhofflimmern	40		
Myokarditis	2		

Tabelle 34 : Stoffwechsel (Total 693)

Diagnosen	n
Diabetes mellitus latent	55
Diabetes mellitus manifest	202
Diabetische Gangrän	4
Diabetische Polyneuritis	6
Hyperlipämie	121
Hypercholesterinämie	22
Hyperurikämie	147
Dysproteinämie	31
Porphyrie	1
Adipositas	100
Kachexie	4

Tabelle 35 : Sonstige abdominelle Erkrankungen (Total 414)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Stauungsleber	2	Gallenblasen-Ca.	2
Fettleber	74	Gallenwegs-Ca.	1
Leberfibrose	1	Gallenkolik	2
Toxische Hepatose	6	Gallenstein	77
Akute Hepatitis	8	Cystikusstein	1
Chronische Hepatitis	5	Cholecystektomie	5
Leberzirrhose	35	Pankreasinsuffizienz	10
Lebermetastasen	31	Pankreatitis akut	8
Leberkoma	8	Pankreatitis chron.	11
Hyperbilirubinämie	41	Peritonealkarzinose	9
Cholostase	4	Aszites	7
Gallenwegsdyskinesie	4	Hiatushernie	24
Cholangitis	6	Hernia epigastrica	2
V. a. Gallengangsverschluß	2	Nabelbruch	5
Verschlußikterus	4	Leistenhernie	21
Cholecystopathie	1	Narbenbruch	3
Cholecystitis	2		

Tabelle 36 : Sonstige nicht näher einzuordnende Erkrankungen (Total 378)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Ungeklärte allgemeine Beschwerden	8	Tropentauglichkeits-Untersuchungen	131
Ungekl. klinischer Befund (auch V. a.)	101	Einstellungs- und Nach-untersuchungen	32
Ungekl. BSG	28	Teiluntersuchungen	46
Malignomverdacht	31		

Tabelle 37 : Neurologische Erkrankungen (Total 313)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Enzephalopathie	3	Psychoveg. Syndrom	41
Hirnorg. Psychosyndrom	3	Depression	63
Zerebralsklerose	49	Neurose	5
Zustand nach Apoplex	25	Basilarissyndrom	4
Apoplex	40	Menière-Syndrom	1
Hirnembolie	33	Ischialgie	7
zerebrale Blutung	4	Polyneuropathie	23
Hemiplegie	23	Multiple Sklerose	1
Epilepsie	7	Hirnmetastasen	5
Parkinsonismus	6		

Tabelle 38 : Atemwegserkrankungen (Total 301)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Bronchiektasie	1	Lungenembolie	6
Akute Bronchitis	26	M. Boeck	5
Chronische Bronchitis	39	Lungen-Ca.	2
Bronchialasthma	23	Pleuritis karzinomat.	11
Bronchus-Ca.	13	Pleuritis	35
V. a. entzündl. Lungenprozeß	4	Lungenfibrose	8
Pneumonie	54	Pneumothorax	1
Lungenemphysem	43	Trichterbrust	1
Emphysembronchitis	28		

Tabelle 39 : Magen-Darm-Erkrankungen (Total 295)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Ösophagitis	7	Enterokolitis	2
Ösophagusdivertikel	2	Colon irritable	4
Ösophagusvarizen	3	Colondivertikel	18
Anazidität	2	Colitis ulcerosa	2
Subazidität	8	Dickdarmpolyp	3
Gastritis und Gastroduodenitis	61	Dickdarm-Ca.	16
Magenpolyp	1	Rektumpolyp	6
Magengeschwür	25	Rektum-Ca.	26
Magen-Ca.	11	Zustand nach Rektumresektion	3
Magenblutung	6	Ileus	8
Zustand nach Magenresektion	8	Diarrhoe	9
Duodenaldivertikel	14	Obstipation	8
Duodenitis	5	Proktitis	4
Ulcus duodeni	19	Analekzem	2
Ulcus pepticum	1	Analfistel	2
Narbenbulbus	11		
Dünndarmdivertikulose	1		
Dünndarmkarzinoid	2		
Dünndarm-Ca.	2		

Tabelle 40 : Gefäß- und Lymphsystemerkrankungen (Total 268)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Aortenbogenanomalie	3	Thrombose	15
Aortensklerose	124	Thrombophlebitis	7
Aneurysma (auch Aorta)	3	Varikosis	48
Carotissinussyndrom	3	Lymphödem	1
Arterieller Verschluß	13	Lymphknotenmetastasen	20
Arteriosklerose (generalisiert)	13	Lymphangiosis carcinomatosa	15
Claudicatio intermittens	3		

Tabelle 41 : Knochen- und WS-Erkrankungen (Total 233)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Kyphoskoliose	1	Osteoporose	39
Spandylose	90	M. Paget	2
Osteochondrose	58	Knochenmetastasen	37
M. Scheuermann	2	Knochensarkom	2
M. Bechterew	2		

Tabelle 42 : Nieren und urologische Erkrankungen (Total 186)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Niereninsuffizienz	89	Erkrankung der abl. Harnwege	15
Glomerulosklerose	1		
Nephrotisches Syndrom	1	Uretermißbildung	2
Zystenniere	10	Orchitis	2
Nephritis	1	Epididymitis	1
Nephrolitiasis	11	Prostatahypertrophie	23
Schrumpfniere	4	Prostataadenom	15
Urämie	3	Prostata-Ca.	8

Tabelle 43 : Hämatologische Erkrankungen (Total 143)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Anämie (o. n. A.)	74	Thalassämie	9
Hypochrome Anämie	8	Lymphadenose	1
Hyperchrome Anämie	8	M. Werlhof	1
Eisenmangelanämie	6	Leukämie (o. n. A.)	1
Blutungsanämie	6	Chronisch - myeloische Leukämie	2
Infektanämie	3	Paramyeloblasten-Leukämie	1
Tumoranämie	5	Lymphgranulomatose	7
Polyglobulie	13	Maligne Lymphome	5

Tabelle 44 : Infektionen (Total 124)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Akuter Infekt	12	Bandwurminfekt	1
Grippaler Infekt	6	Trichiuriasis	1
Tonsillitis acuta	3	Lambliasis	6
Sinusitis maxillaris chron.	12	Amöbiasis	17
Stomatitis aphtosa	1	Typhus abdominalis	2
Herpes simplex	1	Tuberkulose	2
Pharyngitis	1	Zytomegalie	1
Otitis media	1	Trichomonaden	2
Encephalitis	1	Candidamykose	7
Konjunktivitis	2	Erythrasma	2
Sepsis	2	Erysipel	2
Akute Hepatitis	8	Rheumatisches Fieber	2
Enteritis	22	Osteomyelitis	1
Oxyuriasis	2	Lues	1
Askaridiasis	3		

Tabelle 45 : Endokrine Erkrankungen (Total 119)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Euthyreote Struma nod.	28	Schilddrüsen-Ca.	10
Struma diffusa	55	Schilddrüsen-Metastasen	1
autonomes Adenom mit Hyperthyreose	3	Hyperparathyreoidismus	2
Rezidivstruma	3	Hypoparathyreoidismus	1
Hypothyreose	8	Cushing-Syndrom	1
Thyreoiditis	1	Tetanie (auch Hyperv.)	6

Tabelle 46 : Intoxikationen (Total 85)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Tablettenintoxikation	30	Alkoholabusus	55

Tabelle 47 : Gynäkologische Erkrankungen (Total 78)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Amenorrhoe (sek.)	1	Ovarial-Ca.	16
Rektozele	4	Mamma-Tumor (benigne)	3
Uterus-Tumor (benigne)	8	Mamma-Ca.	44
Uterus-Ca.	2		

Tabelle 48 : Allergien (Total 34)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Allergische Diathese	18	Arzneimittelallergie	15
Heuschnupfen	1		

Tabelle 49 : Rheumatischer Formenkreis, Kollagenosen (Total 27)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
PCP	15	M. Reiter	3
Polyarthritis (akut)	1	Arthritis urica	2
Rheumatismus (ohne nähere Angaben)	1	Sklerodermie	2
Periarteriitis nodosa	1	Lupus erythematodes	2

Tabelle 50 : Hauterkrankungen (Total 15)

Diagnosen	n	Diagnosen	n
Psoriasis vulgaris	9	Plattenepithel-Ca.	2
Pityriasis rosea	2	Malignes Melanom	2

3.3. Darstellung der Häufigkeit der diagnostischen Maßnahmen zusammengefaßt in Gruppen und Auflistung der einzelnen diagnostischen Maßnahmen quantitativ innerhalb ihrer Gruppen

Bei dieser Aufstellung überblickt Tabelle 51 die diagnostischen Maßnahmen, die hier in Gruppen geordnet nach ihrer Häufigkeit aufgeführt sind. Aus den Tabellen 50 bis 56 können die jeder Gruppe zugehörigen Einzelleistungen rein quantitativ ersehen werden.

3.3.1. Darstellung der Häufigkeit der diagnostischen Maßnahmen zusammengefaßt in Gruppen (Tabelle 51)

4741 diagnostische Maßnahmen wurden während des Untersuchungszeitraumes durchgeführt oder zur Durchführung veranlaßt. Allein 33,2 % davon waren Röntgen-, 27,9 % elektrophysiologische Untersuchungen. 6 % entfallen auf die Sonographien, 4,8 % auf Szintigraphien und Konsilien. Für Punktionen und Biopsien ließen sich nur 2,5 % errechnen. Die Funktionsprüfungen und sonstige diagnostische Maßnahmen machen zusammen 2,1 % aus. Der prozentuale Anteil der Obduktionen beträgt 0,4 % aller durchgeführten diagnostischen Maßnahmen.

Tabelle 51 : Häufigkeit diagnostischer Maßnahmen dargestellt in Gruppen (Total 4679)

Diagnostische Maßnahmen in Gruppen	n	%
Röntgen ohne Kontrast	1514	33,2
Elektrophysiologische Untersuchungen	1324	27,9
Röntgen mit Kontrast	641	13,6
Sonographie	283	6,0
Konsilien	229	4,8
Szintigraphien	226	4,8
Endoskopie	221	4,7
Punktionen und Biopsien	118	2,5
Sonstige	66	1,4
Funktionsprüfungen	36	0,7
Obduktionen	21	0,4

3.3.2. Auflistung der einzelnen diagnostischen Maßnahmen quantitativ innerhalb ihrer Gruppen (Tabelle 52 bis 58)

Tabelle 52 : Röntgen ohne Kontrastmittel (Total 1514)

Art	n	Art	n
Thorax	1111	Milz	8
Lungentomographie	3	Wirbelsäule	161
NNH	29	WS-Tomographie	4
Abdomen	61	Knöcherner Thorax	14
Oberbauchtomographie	5	Sternum	2
Niere	5	Becken	41
Galle	5	Obere Extremität	7
Pankreas	7	Schultergelenk	19
		Untere Extremität	32

Tabelle 53 : Röntgen mit Kontrastmittel (Total 641)

Art	n	Art	n
Ösophagusbreischluck	17	Retrograde Nierendarst.	4
MDP	204	Renovasographie	2
Duodenographie (hypoton)	2	Aortographie	6
Kontrasteinlauf	94	Lymphographie	3
Galle oral	80	Mammographie	27
Galle i.v.	67	Fisteldarstellung	3
ERCP	2	Myelographie	1
Pyelographie i.v.	129		

Tabelle 54 : Elektrophysiologische Untersuchungen (Total 1324)

Art	n	Art	n
EKG	1244	Phonokardiogramm	4
Ergometrie	45	Herzkatheter	4
Langzeit-EKG	6	Kymogramm	9
Echokardiogramm	4	Schrittmacherimplantation	8

Tabelle 55 : Sonographie (Total 283)

Art	n	Art	n
Abdominalorgane	280	Dopplersonographie	3

Tabelle 56 : Endoskopien (Total 221)

Art	n	Art	n
Laparaskopie	16	Rektoskopie	89
Gastro- und Duodenoskopie	96	Cystoskopie	4
Koloskopie	15	Urethroskopie	1

Tabelle 57 : Biopsien und Punktionen (Total 99)

Art	n	Art	n
Schilddrüse	6	Prostata	1
Lunge	2	Abrasio	1
Niere	1	Pleura	4
Lymphknoten	3	Sternum	34
Knochen	1	Leber	52
Haut	3	Aszites	5
Mamma	1	Kniegelenk	4

Tabelle 58 : Szintigraphie, Konsilien, Funktionsdiagnostik und Sonstige (Total 575)

Szintigraphische Art	n
Ganzkörper	60
Gehirn	10
Schilddrüse	30
Leber-Milz	94
Lunge	9
Niere	9
Herzinnenraum	7
Leberfunktion	7

Konsilien-Art	n
Orthopädie	7
Neurologie	80
Neurochirurgie	4
Urologie	19
Gynäkologie	86
HNO	15
Dermatologie	5
Chirurgie	13

Sonstige-	n
Lungenfunktions-prüfung	12
Schilddrüsenfunktions-prüfung	23
Nierenfunktionsprüfung	1

	n
Andere	66
Obduktionen	21

D. DISKUSSION

In dieser Arbeit wurde das Patientengut der Inneren Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg über den Zeitraum eines Jahres vom 01.03.1979 bis 29.02.1980 untersucht. Die Altersverteilung auf die Geschlechter zeigte bei den bis 20jährigen ein dreifaches weibliches Übergewicht. Dies liegt sicher großteils in der weiblichen Pubertät und deren Komplikationen begründet. So treten in diesem Entwicklungsabschnitt die Anorexie bei Frauen zehnmal häufiger auf als bei Männern (1), können unter Medikation mit Ovulationshemmern bei zu hohem Östrogenanteil Hypertonien auftreten (2) oder andere Nebenwirkungen der Ovulationshemmer (Depression, Migräne, Thrombophlebitis) in die internistische Sprechstunde oder zur stationären Aufnahme führen.

Bezüglich der Aufnahmeverteilung auf die einzelnen Monate wurde deutlich, daß der Januar und Februar diejenigen Monate waren, während derer die meisten Patienten die Innere Abteilung des Hauses aufsuchen mußten. Einmal führen bei den über 60jährigen, die hier das Hauptkontingent stellten, z. B. leicht fieberhafte Infekte oder eine einfache Rhinitis bei den meistbestehenden Grundkrankheiten Diabetes, chronische Bronchitis, Herzinsuffizienz zu schwerwiegenden Krankheitsbildern wie Pneumonie, Pleuritis, diabetischem Präkoma, die eine klinische Einweisung meist unumgänglich bzw. zumindest eine klinische Teildiagnostik wie eine Röntgenuntersuchung erforderlich machen. Zum anderen hängt möglicherweise das Überwiegen der Aufnahmen während dieser Monate auch damit zusammen, daß die ländliche Bevölkerung während dieses Jahresabschnittes noch am ehesten einen Klinikaufenthalt bei bestehendem Grundleiden einplant, da während dieser Monate in einem landwirtschaftlichen Betrieb vorübergehend Arbeitskräfte eingespart werden können.

Auf die Herzkreislauferkrankungen entfallen bei dieser Untersuchung 29,4 % aller gestellten Diagnosen. Verglichen mit der Bundesstatistik (Stand April 1978) läßt sich ein Prozentsatz von 22,5 % (4) an allen Erkrankungen für die Herzkreislaufkranken errechnen. Dieser Unterschied resultiert daraus, daß es sich in dieser Arbeit um ein internistisches Patientengut handelt. An zweiter Stelle finden wir die Stoffwechselerkrankungen mit einem Diagnosenanteil von 13,2 %. Ein Vergleich mit der Bundesstatistik war bei diesen Erkrankungen nur über die Diabetiker möglich, für die sich bundesweit ein Prozentsatz von 6,2 % (5) errechnen läßt. In der Arbeit beträgt der Anteil der Diagnose Diabetes 4,9 % von sämtlichen gestellten Diagnosen.

Eine deutliche Diskrepanz zwischen der Bundesstatistik und meinen Erhebungen zeigt sich bei den Atemwegserkrankungen. Der Diagnosenanteil betrug für die Innere Abteilung der Missionsärztlichen Klinik 5,7 %, dagegen machen diese Erkrankungen bundesstatistisch 21,6 % (6) der Fälle aus, wobei allerdings die Grippefälle mit einbezogen sind, die in der Arbeit bei den Infektionen eingehen.

77,3 % der Erfaßten wurden nach meinen Ermittlungen nur einmal stationär aufgenommen oder ambulant behandelt. Hier muß davon ausgegangen werden, daß bei nahezu allen ambulanten Patienten der Arztbrief nach abgeschlossener Behandlung bzw. wenn nötig nach umfassender Diagnostik verfaßt wurde, wobei auf die Anzahl der einzelnen ambulanten Vorstellungen nicht eingegangen wird. Vielmehr mußte aufgrund der verschiedenen Untersuchungsdaten (z. B. EKG vom 02.12.1979, MDP vom 04.12.1979) auf die Häufigkeit des Erscheinens des Patienten rückgeschlossen werden. Waren solche Untersuchungen nicht datiert, ließ sich der Patient (zumindest bei den ambulanten) als nur einmalig erschienen erfassen.

Die Verteilung der Diagnosenzahl auf die einzelnen Altersgruppen ergab ab dem 51. Lebensjahr jeweils ein Maximum bei 3 bis 5 verschie-

denen Diagnosen. Dies entspricht einer Untersuchung aus den Health Statistics der USA, wonach ein großer Prozentsatz älterer Patienten gleichzeitig an drei und mehr chronischen Affektionen leidet. (3)

Von 154 Patienten, die während des Untersuchungszeitraumes verstarben, waren allein 62,3 % herzinsuffizient, Hypertoniker oder Infarktpatienten und 19,5 % Diabetiker. Vergleichsweise waren 1978 (Bundesamt für Statistik, Wiesbaden) von 723 218 Verstorbenen 33,7 % (7) herzkreislaufkrank und 2,3 % (8) Diabetiker. Wie bereits in diesem Abschnitt erklärt, resultiert dieser Unterschied daraus, daß es sich in dieser Arbeit um ein internistisches Patientengut handelt.

Das Körpergewicht lag in 51,3 % der Fälle zwischen 60 und 70 kg. Bei einer Durchschnittsgröße von 170 cm entspricht dies in 51,3 % dem Ideal- oder Normalgewicht. Andererseits wurden innerhalb der Stoffwechselerkrankungen 100 adipöse bzw. übergewichtige Patienten ermittelt. Das sind 14,4 % der Stoffwechselkranken oder 6,2 % des Gesamtkontingentes. Dies erscheint ein prozentual geringer Anteil, wenn Grosse Brockdorff bereits 1953 schrieb, daß "der größte Teil der westlichen Welt unter der Last der großen Zahl der Fettleibigen ächzt" (9). Berger et al. stellten in der Zeit von 1956 bis 1972 einen starken Anstieg der Fettsuchtshäufigkeit bis zum Erreichen eines Plateaus von 24 $\pm$ 2 % fest (10). Hier muß nochmals darauf hingewiesen werden, daß sich sämtliche Angaben dieser Arbeit auf Durchschläge von Arztbriefen berufen, wobei nicht jeder Übergewichtige oder adipöse Patient als solcher im Arztbrief aufgeführt wurde. Zudem erscheint die konsequente Aufführung der Diagnose Übergewicht oder Adipositas nur sinnvoll, wenn bei jedem Patienten eine Größen- und Gewichtsbestimmung vorgenommen wird und dann nach international einheitlichen Richtlinien die Diagnose Übergewicht oder Adipositas rechnerisch über diese Größen definiert wird.

Unter den Magen-Darmerkrankungen war die Diagnose Obstipation nur

achtmal gestellt worden. Wahrscheinlich wird dieses Krankheitsbild häufig als Bagatelldiagnose abgetan oder aufgrund akuter anderer Erkrankungen, die der Patient bietet, übergangen. Ähnliches scheint auch für die Hämorrhoidalleiden zu gelten, die nur in 13 Fällen diagnostiziert wurden. Würde jeder internistische Patient zumindest bei stationärer Aufnahme rektal untersucht werden, wäre ihr Anteil an dieser Diagnose mit Sicherheit höher. Daß die zur Diagnose Hämorrhoidalleiden führende rektale Untersuchung etwas vernachlässigt wird, liegt möglicherweise daran, daß innerhalb der ärztlichen Ausbildung dieser Untersuchungstechnik z. B. gegenüber der Auskultation und Perkussion zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird.

Bei den 30 in dieser Arbeit ermittelten Intoxikationen handelt es sich nahezu ausschließlich um Tabletteneinnahmen in suizidaler Absicht. Fast doppelt so hoch, 55 Fälle, ist in dieser Gruppe die Diagnose Alkoholabusus ermittelt worden. Da nur weniger als 20 % der Alkoholkranken den Wunsch nach ärztlich fürsorgerischer Hilfe äußert und nur ein Viertel dieser Kranken auf Inneren Abteilungen behandelt wird (11), ist eine Aussage darüber, ob der Alkoholmißbrauch im Einzugsgebiet der Inneren Abteilung der Missionsärztlichen Klinik Würzburg besonders hoch oder niedrig ist, nicht möglich.

Bei 4679 durchgeführten diagnostischen Maßnahmen konnten nur 118 Punktionen und Biopsien ermittelt werden. Dies entspricht 2,5 % aller aufgeführten diagnostischen Maßnahmen und erscheint bei dem hohen diagnostischen Aussagewert dieser Art Untersuchung für eine internistische Abteilung zu gering. Da in der Missionsärztlichen Klinik eine Chirurgische, Urologische und Gynäkologische Abteilung vorhanden ist, wurden sicher zahlreiche Mamma-, Prostata-, Haut- und andere Gewebsbiopsien und Punktionen von einer dieser Fachabteilungen an internistischen Patienten während des Untersuchungszeitraumes durchgeführt, wozu diese im Hause verlegt wurden.

Ein entsprechender Bericht wurde dann von der ausführenden Abteilung

direkt dem weiterbehandelnden Arzt zugesandt. Genauere Ausführungen über die jeweilige Art der Biopsie oder Punktion wurden daher im abschließenden internistischen Arztbrief nicht dokumentiert. Ähnliches gilt für die Konsilien, die mit 229 entsprechend 4,9 % als zu gering angesehen werden müssen. Dies gilt vor allem für den Anteil der erfaßten chirurgischen und urologischen Konsilien, die mit den zuständigen Fachkollegen im Hause mittels eines persönlichen Gespräches oder eines Telefonates durchgeführt wurden und im Brief als konsiliarische Angelegenheit nicht erkennbar waren.

Über den Arztbrief als Dokumentationsunterlage konnten 1618 interne Patienten für den Untersuchungszeitraum erfaßt werden. Dabei ließen sich nur 556 ambulante Patienten ermitteln. Diese Zahl dürfte nur etwa ein Drittel der Patienten der internistischen Ambulanz während des Untersuchungszeitraumes repräsentieren. Der Rest verteilt sich anzunehmend auf Einstellungsuntersuchungen oder Kontrolluntersuchungen, deren Ergebnisse ohne Erstellung eines Arztbriefes in die Ambulanzkartei der Inneren Abteilung eingingen sowie auf Patienten, die bereits vor dem Untersuchungszeitraum stationär lagen und dann zur Kontrolle bestimmter Laborwerte wie Quick, Blutzucker, Blutbild oder wegen kontrollbedürftiger Herz- und Lungenbefunde ambulant einbestellt wurden. Bei Letzteren wurden die Ergebnisse z. B. dem Hausarzt großteils telefonisch mitgeteilt.

Da der Arztbrief als "Mittel und Zeichen der Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Facharzt und Krankenhausarzt ein zwischenärztliches, schriftliches Gespräch" (12) darstellt, das als Grundlage einer sachgerechten Information die Unbefangenheit der Kommunikation (13) voraussetzt, ist es einleuchtend, daß hier nur wesentliche Angaben über die Krankheit und den Krankheitsverlauf sowie einschlägige Befunde zugunsten einer sachgerechten Information weitergegeben werden. Dies erhellt die Tatsache, daß z. B. aus den von mir ausgewerteten Arztbriefdurchschlägen nur in 46,5 % Größen- oder nur in 51,2 % Gewichts-

angaben entnommen werden konnten. Blutdruckangaben waren dagegen in 76,0 % der Fälle gemacht worden. Daraus wird erkennbar, daß im Arztbrief dem Blutdruckwert in der Regel ein höherer Stellenwert zugemessen wird, als einer isolierten Größen- oder Gewichtsangabe. Werte über Größe, Gewicht oder Blutdruck wurden also nur dann brieflich weitervermittelt, wenn sie für den weiterbehandelnden Arzt im Rahmen der fortzuführenden Betreuung eine mehr oder weniger wichtige Information darstellten.

Die Methodik dieser Arbeit schließt zwangsläufig mehrere Fehlerquellen ein. Es mußten pro Patient zwei Computerblankobögen, jeder mit dem gleichen Kopf zur Identifizierung, angelegt werden. Hier können z. B. beim Eintragen verschiedener Geburtsdaten Datensätze falsch verarbeitet worden sein. Aufgrund der großen Datenfülle sind Flüchtigkeitsfehler bei der Verschlüsselung von Einzelinformationen anzunehmen. Überdies mußten alle Angaben von den Computerbögen auf Ablochbelege übertragen werden, was Stanzfehler einschließt. Diese Fakten erklären ein Defizit von 2,2 % bei den Altersangaben, von 1,2 % bei den Aufnahmemonaten, von 1,9 % bei Angaben über die Verweildauer und von 7 % bei Angaben zur Aufnahmehäufigkeit.

E. ZUSAMMENFASSUNG

Über die Durchschläge von Arztbriefen wurden während eines einjährigen Untersuchungszeitraumes 1 680 Patienten erfaßt. Daß sich nur 34,4 % Ambulante ermitteln ließen, lag, wie bereits in der Diskussion erläutert, an der Dokumentationsgrundlage.

Größen- und Gewichtsverteilungen sowie die Erfassung der diastolischen und systolischen RR-Werte gingen vor allem zur Prüfung der konsequenten Aufführung dieser Parameter ein und nicht um eine Aussage über Unter- oder Übergewicht zu treffen. Dabei konnte gezeigt werden, daß im Arztbrief den RR-Angaben (in 76 % aufgeführt) mehr Bedeutung zukommt als einer Größen- und Gewichtsangabe (in 50 % der Fälle aufgeführt).

Über die Hälfte der Patienten war zwischen 51 und 80 Jahren alt. In dieser Altersspanne nahm die Anzahl der Einzeldiagnosen mit steigendem Alter zu. Die Monate mit dem stärksten Zulauf waren Januar, Februar und Mai. Mit zunehmender Aufnahmehäufigkeit war ein deutlicher prozentualer Zuwachs der Frauen zu verzeichnen. So konnten z.B. bei 7 - 9 maliger und darüber liegender Aufnahmefrequenz nur noch Frauen gefunden werden. 66,6 % aller stationär erfaßten Patienten wiesen eine Gesamtverweildauer zwischen 1 bis 29 Tagen auf.

Die Diagnosen Herzinsuffizienz, Hypertonie und Diabetes wurden wegen ihres häufigen Vorkommens gesondert behandelt. Allein 57,4 % aller Erfaßten waren mit mindestens einer dieser Diagnosen behaftet. Bei den 71-80jährigen kamen diese Krankheitsbilder durchschnittlich zu 34,3 % vor. Von den 154 während des Untersuchungszeitraumes Verstorbenen litten 81,8 % an einem oder mehreren dieser 4 Krankheitsbilder.

Die Herzkreislauferkrankungen waren bei den Diagnosengruppen mit einem Diagnosenanteil von 29,4 % führend. Es folgten die Stoffwechsel-

erkrankungen mit 13,2 % und die Gruppe der sonstigen abdominellen Erkrankungen mit 7,9 % Diagnosenanteil an der Gesamtzahl der gestellten Diagnosen. Malignome und deren Verdachtsdiagnosen und die neurologischen Erkrankungen lagen an 4. und 5. Stelle.

Innerhalb der Gruppeneinteilung der diagnostischen Maßnahmen stellte sich ein deutliches Übergewicht für die Gruppen Röntgen ohne Kontrast und elektrophysiologische Untersuchungen (EKG, Ergometrie) heraus, die zusammen 61,0 % aller diagnostischen Maßnahmen repräsentieren und sich hauptsächlich auf Röntgen-Thorax und EKG verteilten. Insgesamt wurden vom 01.03.1979 bis 29.02.1980 5 240 Diagnosen gestellt und 4679 diagnostische Maßnahmen durchgeführt oder veranlaßt.

F. LITERATURVERZEICHNIS

1. Spoerri, Th., Kompendium der Psychiatrie, S. Karger, Basel, München, Paris, London, New York, Sidney 1973, S. 124

2. Weidinger, H., Schwangerschaft, Kontrazeptiva und Hypertonie, in : U. Gessler, Differentialdiagnose und Therapie der Hypertonie, Aesopus Verlag, Lugano, München 1978, S. 100

3. Franke, Hans, Klinische Probleme der Geriatrie, Deutsches Ärzteblatt 78, 1981, Heft 40, S. 1864

4. Statistisches Bundesamt Wiesbaden, Statistisches Jahrbuch 1980 für die BRD, W. Kohlhammer, Kap. 17 Gesundheitswesen, S. 363.
Krankheiten des Kreislaufsystems 2047000 entspr. 22,5 % von 9071000 Erkrankten.

5. Statistisches Jahrbuch 1980, a.a.O., S. 363,
56400 Diabetiker entspr. 6,2 % von 9071000 Erkrankten.

6. Statistisches Jahrbuch 1980, a.a.O., S. 363,
196000 Atemwegskranke sind 21,6 % von 9071000 Erkrankten.

7. Statistisches Jahrbuch 1980, a.a.O., S. 366,
243815 Herz-Kreislaufsterbefälle sind 33,7 % aller 1978 Verstorbenen, nämlich 723218.

8. Statistisches Jahrbuch 1980, a.a.O., S. 366.
16882 verstorbene Diabetiker sind 2,3 % von insgesamt 723218 Verstorbenen.

9. Grosse-Brockhoff, F, Die Bedeutung der Adipositas als Krankheitsursache, ihre Therapie und Prophylaxe, Dtsch. med. Wschr. 78, 1953, S. 399 und 435.

10. Berger, M., I. Wiedorn, P. Berchtold und H. Zimmermann, Zur Prävalenz der Adipositas bei stationären Patienten zwischen 1933 und 1972, Dtsch. med. Wschr., 102 (1977), S. 1836.

11. Varadi, Erika, Epidemiologische Analyse der stationären Morbidität infolge von Alkoholschädigungen, Z. ärztl. Fortbild. Jg. 71, 1977, S. 487 und 488.

12. Rieger, Hans-Jürgen, Einsichtnahme in Arztbriefe und fremde Arztgutachten durch Patienten, Deutsche Medizinische Wochenschrift, 104, 1979, S. 570.

13. Rieger, Hans-Jürgen, Einsichtnahme in Arztbriefe und fremde Arztgutachten durch Patienten, Deutsche Medizinische Wochenschrift a. a. O., S. 570.

Zum Abschluß meiner Arbeit möchte ich besonders Herrn Prof. Dr. med. Strik für die freundliche Überlassung des Themas sowie die gute Zusammenarbeit und Unterstützung während der gesamten Dauer meiner Arbeit danken.

Ich danke überdies Herrn G. Höcker, der mich jederzeit bei der Erstellung geeigneter Computerprogramme zur Datenauswertung unterstützte und Frau Breitenbach für das Einstanzen der erfaßten Daten in Lochkarten. Besonders darf ich auch den Sekretärinnen der Inneren Abteilung der Missionsärztlichen Klinik, vor allem Schwester Mechthild Riegel danken, die mir die Arbeit durch Eintippen der Patientenpersonaldaten in die Computerbögen erleichterten. Dankbar bin ich ebenso Herrn W. Krieg für seine Unterstützung bei der Anfertigung der graphischen Darstellungen.

Meiner lieben Frau Maria danke ich für das Tippen der Rohfassung der Arbeit und für all die vielen Hilfen, die sie mir während der gesamten Dauer meiner Arbeit leistete.

LEBENSLAUF

Am 7.1.1948 wurde ich, Thomas Schmid, als Sohn der Eheleute Dr. med. Ruprecht und Amalie Schmid, geb. Freitag, in Neu-Ulm an der Donau geboren.

Ab 1954 besuchte ich die Volksschule in Pfaffenhofen, anschließend in Augsburg. 1959 trat ich in das Gymnasium St. Stephan in Augsburg ein und wechselte dann über in das Gabrieli Gymnasium Eichstätt, wo ich am 28.6.1969 die Reifeprüfung ablegte.

Das Medizinstudium nahm ich am 6.4.1970 an der Bonner Universität auf und legte dort am 21.3.1973 die ärztliche Vorprüfung ab. Den klinischen Teil des Medizinstudiums beendete ich am 23.9.1976 in Würzburg mit dem Staatsexamen.

Nach meiner Medizinalassistentenzeit vom 1.10.1976 bis 30.9.1977 an der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg in den Fächern Chirurgie, Gynäkologie und Innere Medizin erhielt ich am 7.11.1977 die Approbation.

Am 8.7.1977 schloß ich mit Frau Maria Schmid, geb. Lohr, die Ehe.

Meine Ausbildungszeit und -Orte als Assistenzarzt :

1.10.77 - 31.5.78	Missionsärztliche Klinik Würzburg, Abt. Chirurgie
1.6.78 - 30.9.78	Stoffwechselklinik Bad Mergentheim
1.12.78 - 31.3.80	Kreiskrankenhaus Obergünzburg, Innere Abt.
1.4.80 - 40.4.80	Praxisvertretung, Praxis Dr. med. Röhrle, Obergünzburg
1.5.80 - 31.3.81	Kreiskrankenhaus Kempten, Anästhesie, halbtags
1.4.81 - 30.7.81	Kreiskrankenhaus Obergünzburg, Abt. Chirurgie/ Gynäkologie
1.8.81 - 30.9.81	Praxisvertretung, Praxis Dr. med. G. Stukovski

Am 1.10.1981 übernahm ich die Praxis von Dr. med. Gerard Stukovski und arbeite seither als niedergelassener praktischer Arzt in Tann/Ndb.

Thomas Schmid

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80

Dissertationsdruck
Schmitt & Meyer

Würzburg Ludwigkai 28a Tel. 7 23 80